

المُغني في الطب النفسي



ترجمة
أ.د. عبد الرحمن ابراهيم

المُغني
في الطب النفسي

- الطبعة الأولى 2008

- الناشر: شعاع للنشر والعلوم

حارة الرباط 2 - المنطقة 12 - حي السبيل 2

تلفاكس : 2643545 (21) 00963

هاتف : 2643546 (21) 00963

سورية ـ حلب

ص.ب 7875

لمزيد من المعلومات ولشراء كتب الدار مباشرة على الإنترنت

يرجى زيارة موقعنا http://www.raypub.com

البريد الإلكتروني للقراء: quality@raypub.com

info@raypub.com

البريد الإلكتروني للزبائن: sales@raypub.com

البريد الإلكتروني لدور النشر: orders@raypub.com

المُغني
في الطب النفسي

ترجمة
د. عبد الرحمن ابراهيم
بروفيسور في الطب النفسي
استشاري السلوك الإنساني في حالتي الصحة والمرض
اختصاصي بالأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية والجنسية ومعالجتها

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿قُلْ كُلٌّ يَعْمَلُ عَلَى شَاكِلَتِهِ فَرَبُّكُمْ أَعْلَمُ بِمَنْ هُوَ أَهْدَى سَبِيلًا (84) وَيَسْأَلُونَكَ عَنِ الرُّوحِ قُلِ الرُّوحُ مِنْ أَمْرِ رَبِّي وَمَا أُوتِيتُمْ مِنَ الْعِلْمِ إِلَّا قَلِيلًا (85)﴾ الإسراء

صدق الله العظيم

الإهداء..

إلى كل من له الحق بأن يحيا.. كإنسان ...

عبد الرحمن

مقدمة المترجم

إن قدرة وكفاءة اللغة العربية على استيعاب مختلف أنواع العلوم هي التي دعت الكثير من العلماء والباحثين عبر التاريخ من غير العرب ليتعلموا ويدرسوا ويؤلفوا بلغة الضاد ومنهم ابن سينا والفارابي والرازي والطوسي والطبري والأهوازي..

لقد مرّ العرب بمرحلة نقل العلوم بما فيها الطبية إلى العربية وكان في مقدمتها ما نقله ماسر جوية عن السريانية كتاب كناش أهرن القس بن أعين، ثم أنشئ بيت الحكمة ببغداد، وهو أقرب إلى أكاديمية علمية وفق علومنا ومعارفنا الحالية. وكان يحوي على قسمٍ خاصٍ للترجمات. إذ ترجم حينها حوالي 149 كتاب لأبوقراط و جالينوس وديسقوريدس وروفس وغيرهم، واستنبطت مفردات غدت جزءاً حقيقياً من لغتنا العربية كمفردات (التشريح والجراحة والربو والسرطان و..). ثم في مرحلة لاحقة بدأ البحث والتأليف، فكانت موسوعة الحاوي للرازي. وغني عن القول أنها ترجمت إلى اللاتينية وبقيت تدرس في أوربا إلى القرن الخامس عشر (قرابة ستة قرون) وكتاب الاعتماد للقيرواني الذي ترجم إلى سبع لغات وكتاب التصريف لمن عجز عن التأليف للزهراوي وموسوعة القانون لابن سينا (مكتشف الدورة الدموية الصغرى).. ثم أتت عصور وقرون الانحطاط وكان فيها ما كان من تراجع وما خلفته من جهل وابتعاد عن التأليف والترجمة في الميدان العلمي وبالأخص الطبي.. ومع الربع الثاني من القرن التاسع عشر بدأت محاولات جادة للنهوض وبدأ تعليم الطب في مدرسة أبي زعبل الطبية التي انتقلت بعد أكثر من عقد إلى القصر العيني بالقاهرة وكان يدرس فيها الطب باللغة العربية لمدة تجاوزت الستة عقود حتى فرضت اللغة الإنكليزية عليها بعد الاحتلال البريطاني لمصر. وكان من بين أساتذتها أطباء ومعربين أغنوا المكتبة العربية بالكثير من ترجماتهم

١٥٠٠-١٩٠٠م أورد منها على سبيل المثال أول معجم للمصطلحات الطبية العربية وهو الشذور الذهبية في الألفاظ الطبية لمؤلفه محمد التونسي.

في منتصف العقد السابع من القرن التاسع عشر أنشئت الجامعة الأمريكية في لبنان، وكان تدريس الطب فيها باللغة العربية ثم تحول إلى الإنكليزية.

أما في سوريا فأحدثت مدرسة طبية في دمشق في مطلع القرن العشرين والتعليم فيها باللغة التركية وتوقفت بعد عقد ونصف أثناء التحرر من المستعمر التركي، ثم أنشئ المعهد الطبي العربي بدمشق بدلاً منها بعد عام واحد، وبدأ تدريس الطب فيها باللغة العربية ولم تزل إلى أيامنا هذه لغة الضاد هي التي تدرس فيها المناهج الطبية في جامعات سوريا.

غني عن التعريف بأن كل جامعات العالم المعاصر تحتوي على قسم خاص وفي غاية الأهمية يعرف بقسم الترجمة لأحدث الدراسات والأبحاث والمراجع في العالم..

من الأعمال التي تسجل لطلبة الطب قبيل تخرجهم في الجامعات السورية ومنذ عقدين ونيف من الزمن ترجمة أمهات الكتب الطبية (كموسوعة الميرك والكرانت والهاريسون..) هذه الأعمال التي تجري بإشراف أساتذة الكليات الطبية.

الآن وبعد انتشار تقنيات الأتمتة والحاسب والإنترنت غدت كل المعلومات متوفرة عن كل شيء، وغدا العالم بأسره عبارة عن قرية صغيرة أين نحن من لغتنا ومن أبنائنا ومستقبلهم ؟..

على كلٍ بنظرة بسيطة يلاحظ ازدياد عدد المراجعين للاستشارة النفسية مع قلة المراجع العربية وضبابية التشخيص وتعدد طرق وأساليب العلاج من هنا كانت فكرة تعريب هذا الكتاب ليسد ثغرة من الثغرات الكثيرة في تفسير الأعراض والعلامات النفسية التي يشكو منها المريض ووضعها قدر الإمكان في إطار واحد

ضمن لوحة سريرية محددة للوصول إلى حقائق التشخيص الدقيق وأسس المعالجة الناجحة..

إن هذا الكتاب *"High-Yield Psychiatry"* لمؤلفه *Williams & Wilkins* من أحدث الكتب العالمية في الطب النفسي، ويعتمد بشكل كامل على الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي للاضطرابات العقلية الإصدار الرابع المعدل ***DSM-IV-TR*** المنشور من قبل الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين عام *2000* وهو أحدث تصنيف للإضطرابات العقلية والنفسية في العالم بعد التصنيف العالمي العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية الذي وضعته منظمة الصحة العالمية *I.C.D.* في مطلع العقد الأخير من القرن العشرين ورغم تحفظاتي على الكثير مما ورد في ***DSM-IV-TR*** وعلى بعض الفقرات التي وردت في هذا الكتاب (يمكن الاطلاع على هذه التحفظات في كتابي فكرة وجيزة عن تصانيف الاضطرابات العقلية والنفسية "تحت الطبع") إلا أنني آثرت الإبقاء عليها كما هي بغية الأمانة في الترجمة..

بقي أن أقول أن هذا الكتاب صمم بطريقة حاسوبية أمريكية ليوفر استعراضاً سريعاً وواضحاً لمواضيع تمكننا من تحديد المتلازمات السريرية النوعية في الطب النفسي من خلال سرد مختصر يؤمن الأوصاف البارزة للاضطرابات النفسية، والمعلومات المتوفرة في الفصول الثلاثين الواردة فيه تعرض على شكل نص عددي فائق الاختصار إضافة إلى جداول سهلة مركزة، ليوفر كل فصل مع جداوله وجبة مناسبة من المعلومات الهامة والمحددة بدقة متناهية، وهذا كله يجعل من الكتاب هدفاً يسعى إليه الأطباء وطلبة الطب والتربية وعلم النفس والاجتماع وجميع من يهتم بالعلوم النفسية والسلوكية والتربوية والاجتماعية..

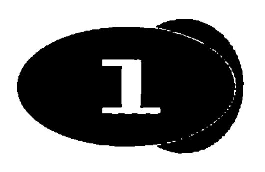
وتلبية لرغبة الزملاء والأصدقاء قمت بترجمة أحدث نسخة انكليزية صدرت من هذا الكتاب متمنياً أن أكون قد وفقت بتقديمه بلغة سلسلة ومفهومة. واعتمدت في الترجمة بشكل رئيس على المعجم الطبي الموحد والمعجم الشبكي للعلوم النفسية

(هذا المعجم الالكتروني الذي أنجزه الصديق الدكتور جمال التركي من تونس) ويضم أكثر من 112000 مصطلح نفسي بثلاث لغات هي العربية والإنكليزية والفرنسية وهذا يعادل أكثر من 5000 صفحة ورقية، ويسجل للدكتور التركي هذا الإنجاز المميز إضافة إلى تأسيسه لأضخم بوابة أكاديمية للعلوم النفسية العربية على الإنترنت "الشبكة العربية العلوم النفسية" *www.arabpsynet.com*.

وبذلك وضع اللبنات الأولى نحو تأسيس مدرسة عربية للعلوم النفسية وحقق التواصل لأول مرة بين علماء وأطباء النفس العرب..

وكلي أمل أن يسد هذا الكتاب ثغرة من ثغرات المكتبة الطبية العربية عامة والنفسية خاصة ليكون مرشداً للاختصاصي والطبيب والطالب والمرشد النفسي والاجتماعي والتربوي، وليشفي بعضاً من غليل القارئ العربي المتعطش للعلم والمعرفة.

أ.د.عبد الرحمن ابراهيم



تصنيف الاضطرابات النفسية

Classification of Psychiatric Disorders

I. الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الرابع DSM-IV

A. نظام متعدد المحاور

1. يحدد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الرابع DSM-IV المنشور من قبل الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين تشاخيص الأمراض النفسية النوعية من خلال نظام متعدد المحاور.

2. صدر عام 2000 نسخة معدلة من DSM-IV ويرمز لها بـ DSM-IV-TR وهي تضم أحدث تصنيف للاضطرابات النفسية منشور من قبل الجميعة الأمريكية للأطباء النفسيين.

3. يوجد لكل مرض قصة وأعراض سريرية مطابقان لمعايير تشخيصية نوعية.

4. لذلك تحدد حالة المريض من خلال خمس محاور. يمكن أن يوضع التشخيص النهائي باستخدام المحاور الثلاثة الأولى فقط (الجدول 1-1).

B. الأنماط الفرعية ومحددات النوع Specifiers

1. تبعاً للتصنيف DSM-IV تقسم الاضطرابات النفسية إلى أنماط فرعية اعتماداً على مجيء الأعراض (الفصام: الشكل الزوري).

2. للأمراض أيضاً محددات:

a. للإشارة إلى المظاهر النوعية للمرض (الاضطراب الاكتئابي الرئيس مع مظاهر ذهانية).

b. لتحديد شدة المرض (معتدل، متوسط، شديد).

c. لوصف فيما إذا كان المرض في هجوع كامل أو جزئي.

d. للكشف عن التاريخ المرضي للمريض فيما يخص الاضطراب.

e. يمكن أن تكون مؤقتة إذا اعتقد الطبيب أن المعايير الكاملة للاضطراب تتحقق مع الوقت.

f. يمكن أن تكون غير محددة بأي طريقة أخرى not otherwise specified (NOS) إذا لم يحقق المريض بشكل واضح المعايير لاضطراب نوعي لأن:

(1) الاضطراب يسبب ازعاجاً واضحاً ولكنه غير مصنف في DSM-IV-TR

(2) الاضطراب يحقق بعض المعايير لمرض أو أكثر.

(3) يمكن أن تكون هناك حالة عضوية مسؤولة عن الأعراض.

(4) لا تتوافر معلومات كافية لتسمح بالتصنيف الكامل.

II. المعايير التشخيصية في الطب النفسي

A. المجموعات التشخيصية الكبيرة وفق DSM-IV-TR: يتضمن DSM-IV-TR ست عشرة مجموعة تشخيصية كبيرة بالإضافة إلى مجموعة تدعى "الحالات الأخرى التي يمكن أن تكون محوراً لاهتمام سريري" (الجدول 2-1).

الجدول 1-1: محاور الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية
الإصدار الرابع المعدل DSM-IV-IR

المحور	التعريف	أمثلة أو وصف
I	• اضطرابات سريرية	• الاضطراب الاكتئابي الرئيس، الفصام
	• اضطرابات أخرى يمكن أن تكون محوراً للاهتمام السريري	• اضطراب بسبب دوائي، التمارض
II	• اضطرابات الشخصية	• يمكن أن تحجب خصائص الشخصية بتشخيص للمحور I ولكنها موجودة دائماً وثابتة وغالباً لها تأثير عميق على وظائف المريض
	• التخلف العقلي	• حاصل الذكاء (IQ) < 70
III	• الحالات الطبية العامة	• الأمراض الجسمية التي يمكن أن تسبب مشكلة نفسية
IV	• المشكلات البيئية والنفسية الاجتماعية	• الطلاق، موت القرين، فقدان عمل
V	• التقييم الشامل لتأدية الأعمال global assessment of functioning (GAF)	• تحديد المستوى الكلي لتأدية الأعمال في الحياة اليومية باستخدام مقياس GAF (يتراوح بين 1-100، من خطير على النفس أو على الآخرين إلى متفوق وظيفياً).

B. التصنيفات النفسية العملية

1. الأمراض النفسية Psychotic Illnesses

a. الذهان Psychosis يتميز بفقدان التماس مع الواقع مما يسبب مشكلات في الحياة اليومية.

b. أعراض ذهانية تتضمن هلوسات أو توهمات delusions.

c. أعراض ذهانية ترى في أمراض مثل الفصام، اضطرابات المزاج الرئيسة (الاضطراب ثنائي القطب)، الاضطرابات الإدراكية (هذيان).

2. الأمراض "العصابية"

a. بالرغم من أن مصطلح "عصاب" لم يعد يستعمل في التشخيص، فإن الكلمة تستعمل لتصف مجموعة غير متجانسة من الأمراض تتميز بمشكلات في تأدية الأعمال في الحياة اليومية وانزعاج شخصي هام، ولكن مع عدم تحطيم الواقع.

b. تتضمن الأعراض العصابية القلق، الهم الزائد، الوساوس، الأعمال القسرية.

c. ترى الأعراض العصابية في أمراض مثل اضطرابات المزاج والاضطرابات الجسمية الشكل Somatoform d. واضطرابات القلق.

3. الاضطرابات العقلية العضوية

a. مصطلح الاضطرابات العقلية العضوية لم يعد يستعمل بسبب الصعوبة النظرية المتمثلة في الفصل بين الاضطرابات العضوية وغير العضوية بما أن الأعراض النفسية تُحدث من قِبَل الدماغ.

b. مصطلح "عضوي" لايزال مفيداً على كل حال ليفسر التشوه التشريحي العياني أو الخلل الاستقلابي.

c. يكون السبب العضوي للأعراض النفسية محتملاً إذا كان المريض:

(1) غير متوجه أو بحالة تخليط.

(2) لديه مرض طبي هام.

(3) لديه قصة لسوء استعمال دوائي drug abuse.

(4) لديه بداية حادة للأعراض.

(5) ليس لديه قصة عائلية أو شخصية لمرض نفسي.

4. اضطرابات الشخصية: (محددة على المحور II، انظر الفصل 21)

a. اضطرابات الشخصية هي حالات تتميز بمشكلات سائدة في التكيف الاجتماعي أو في العلاقات بين الشخصية.

b. المريض باضطراب الشخصية عادة لا يشكو من أي انزعاج مباشرة ولكن يتأثر أقرباؤه وأصدقاؤه وزملاؤه سلبياً بسلوكه.

c. يمكن أن ينزعج المريض من مضاعفات اضطراب الشخصية. ولكنه عادة لا يملك أي بصيرة insight بحقيقة أن سلوكه هو السبب.

الجدول 1-2: تنظيم الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الرابع المعدل DSM-IV-IR

الصنف	أمثلة
اضطرابات أول ما تشخص عادة في مراحل الحضانة والطفولة والمراهقة	التخلف العقلي، اضطرابات التعلم، اضطراب مهارات الحركة، اضطرابات التواصل، اضطرابات السلوك المضطرب ونقص التركيز
الهذيان، العته، الاضطرابات النسيانية والاضطرابات الإدراكية الأخرى (تدعى سابقاً الاضطرابات العقلية العضوية)	الهذيان بسبب قصور القلب الاحتقاني، العته من نمط Alzheimer
اضطرابات عقلية بسبب حالة مرضية عامة لم تصنف بأي طريقة أخرى (تدعى سابقاً الاضطرابات الفيزيولوجية النفسية)	الاضطراب الجمودي catatonic d. بسبب...، تغير الشخصية بسبب...
الاضطرابات المتعلقة بالمادة	الاضطرابات المتعلقة بالكحول والامفيتامين أو الشبيهة بالامفيتامين والقنبيات.
الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى	الفصام، الاضطراب فصامي الشكل، الاضطراب الذهاني المختصر

الصنف	أمثلة
اضطرابات المزاج	الاضطراب الاكتئابي الرئيس، الاضطراب ثنائي القطب
اضطرابات القلق	اضطراب الهلع، الرهاب الاجتماعي، اضطراب الشدة ما بعد الرض posttraumatic stress d.
الاضطرابات جسمية الشكل somatoform d.	اضطراب التجسيد somatization d.، اضطراب التحويل conversion d. ، المراقية hypochondriasis
الاضطرابات المصطنعة	اضطراب مصطنع مع علامات وأعراض نفسية بشكل أساسي أو مع علامات وأعراض جسمية
الاضطرابات الانفصالية	النساوة الانفصالية، الشراد الانفصالي، اضطراب الهوية الانفصالي
الاضطرابات الجنسية والهوية التجنسية	اضطراب الوظيفة الجنسية، الشذوذات الجنسية، اضطراب الهوية التجنسية
اضطرابات الأكل	القهم العصبي، الشراهة العصبية
اضطرابات النوم	اضطرابات النوم الأولية، اضطرابات النوم المرتبطة باضطراب عقلي آخر
اضطرابات التحكم بالدافع التي لم تصنف بأي طريقة أخرى	الاضطراب الانفجاري المتقطع، هوس السرقة، هوس الحريق، المقامرة المرضية
اضطرابات التكيف	اضطراب التكيف مع مزاج مكتئب، مع القلق، مع اضطراب السلوك
اضطرابات الشخصية	اضطراب الشخصية الزوري، اضطراب الشخصية فصامي الشكل، اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع
أمراض أخرى يمكن أن تكون محور اهتمام سريري	اضطرابات الحركة بسبب دوائي، مشكلات في العلاقات مرتبطة بالإساءة أو الإهمال، التمارض
رموز أخرى	اضطراب عقلي غير محدد غير ذهاني، لا تشخيص أو مرض على المحور I



المقابلة السريرية وفحص الحالة العقلية

The Clinical Interview and The Mental Status Examination

I. المقابلة السريرية[1]

A. الوظيفة

1. خلق علاقة ألفة وثقة في المريض.
2. كشف المعلومات الجسمية والنفسية والاجتماعية التي تساعد على تحديد مشكلة المريض.
3. الحصول على القصة النفسية للمريض التي تشمل المعلومات عن الأمراض العقلية واستعمال الكحول والأدوية والنشاط الجنسي والوضع المعيشي الحالي ومصادر الشدة.

B. الجدول 2-1 يظهر أمثلة على تقنيات إجراء المقابلة.

---

[1] للتوسع يمكن العودة إلى كتابي "فكرة وجيزة عن الفحص النفسي والعقلي" الطبعة الثانية 2007 الصادر عن دار شعاع للنشر والعلوم (المترجم).

II. فحص الحالة العقلية[2]

A. فحص الحالة العقلية هو تقييم شامل للحالة الراهنة للأداء العقلي للمريض.

B. يقيم فحص الحالة العقلية مختلف الصفات المميزة بما فيها الظهور العام (أي المظهر، السلوك، الموقف تجاه الفاحص)، الحس والإدراك (أي مستوى الوعي، التوجه، الذاكرة، الانتباه، التركيز، القدرة الإدراكية، القدرة المكانية Spatial ability، القدرة التجريدية abstraction ability)، الكلام، المزاج والشعور، التفكير (تسلسلاً ومحتوى)، قدرات الإدراك الحسي، المحاكمة ونفاذ البصيرة، إمكانية الاعتماد عليه reliability، التحكم بالدافع (الجدول 2-2).

C. فحص الحالة العقلية المصغّر (MMSE) لـ Folstein وهو اختبار يستعمل بشكل شائع يقيّم الاضطراب الإدراكي ويتحرى التحسن أو التدهور الجدول 2-3 تستعمل ضروب من الاختبارات النفسية والنفسية العصبية لتقييم أكثر شمولية للأداء الإدراكي (انظر الفصل 3).

الجدول 2-1: تقنيات المقابلة

التقنية	الوظيفة النوعي	مثال
	لتأسيس علاقة ألفة	
دعم	لإظهار اهتمام الطبيب وقلقه على المريض	"إن ذلك كان معاناة مرعبة لك"
التقمص العاطفي	لإظهار فهم الطبيب الشخصي لمشكلة المريض	"أستطيع أن أدرك أنك قلق من التبعات المالية لهذا المرض"

[2] للتوسع يمكن العودة إلى كتابي "فكرة وجيزة عن فحص الحالة العقلية الحاضرة" طبعة 2007 الصادر عن دار شعاع للنشر والعلوم (المترجم).

التقنية	الوظيفة النوعي	مثال
التأييد	لإعطاء المصداقية والقيمة لمشاعر المريض	"كثير من الناس سوف يشعرون بنفس الطريقة إذا تعرضوا لأذيتك"
	لجمع المعلومات	
سؤال مفتوح	للحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات بدون توجيه للمريض وبدون إغلاق المساحات المحتملة للمعلومات وثيقة الصلة بالموضوع	"حدثني عن خوفك"
تسهيل	تشجيع المريض على تطوير جواب، يمكن أن يكون سؤالاً شفهياً أو لغة جسمية (مثال : تعبير مازح)	"ومن ثم ماذا حدث"
تفكير reflection	لتشجيع المريض على توسيع الجواب بتكرار الإجابة السابقة للمريض	"قلت إن ألمك ازداد بعدما انحنيت لتلتقط اللعبة "
صمت	لزيادة استجابة المريض	"الانتظار بصمت لكي يتكلم المريض"
	لتوضيح المعلومات	
سؤال مباشر	لانتزاع معلومات من المريض بسرعة في وضع إسعافي، يتطلب نموذجياً فقط جواباً بنعم أو لا	"هل أخذت بنسلين من قبل"
مواجهة	للإشارة إلى عدم انسجام في إجابات المريض أو في لغته الجسمية	"أنت تقول إنك لست قلقاً من جراحة الغد ولكنك تبدو لي متوتراً"
تلخيص	لتلخيص المعلومات المأخوذة خلال المقابلة للتأكد من فهم الطبيب لها	"دعنا نُعِدْ ما حدث البارحة. إنك سقطت وآذيت نفسك ومن ثم استدعيت فريق الإسعاف ومن ثم أخذوك إلى المشفى حيث فحصت في قسم الإسعاف.

الجدول 2-2: فحص الحالة العقلية

الصنف	التعريف	مثال
الظهور العام	*المظهر*	
	الوضعية	هو بوضعية انحناء أثناء الوقوف
	الاعتناء الذاتي	غير حالق للحية
	توافق المظهر مع العمر	يظهر أصغر سناً من عمره الزمني
	اللباس	يلبس بشكل غير مناسب مع الوضع
	السلوك	
	طريقة مميزة	يبدي تعبيرات في الوجه أو حركات في اليد غير اعتيادية
	السلوك النفسي الحركي	يستعمل حركات سريعة (متهيجة) أو بطيئة (مثبطة)
	العرّات	يستعمل حركات غير مجدية ومتكررة
	الموقف تجاه الفاحص	
	متعاون	يتصرف بشكل مفيد
	مغوي	يتصرف بشكل مثير
	عدائي	يبدو غاضباً
	دفاعي	يبدو وكأنه يأخذ الملاحظات على محمل شخصي
الحس والإدراك	مستوى الوعي	لديه من مقياس غلاسكو للسبات من معدل 3 (بحالة سبات) إلى 15 (واعي تماماً)
	الوسن lethargy	يبدو مثبطاً عقلياً
	النعاس	يبدو متعباً
	التوجه	
	للأشخاص	لا يعرف اسمه أو مع من يعيش
	للمكان	لا يعرف أين هو
	للزمان	لا يعرف السنة، اليوم، الوقت

الصنف	التعريف	مثال
	الذاكرة	
	الحالية	لا يتذكر 3 كلمات من أي سؤال وذلك بعد 5 دقائق
	القريبة	لا يتذكر نشاطاته خلال 12 ساعة الأخيرة ويقع في ثغرات في الذاكرة مع معلومات زائفة
	البعيدة	لا يتذكر المعلومات التاريخية الأساسية الشخصية (مدينة المولد)
	الانتباه	لا يستطيع تركيز انتباهه بدون إلهائه عن المنبهات الأخرى
	التركيز	لا يستطيع تكرار سلسلة من 3 إلى 6 أرقام إلى الأمام أو إلى الخلف (الامتداد الرقمي) أو تهجئة كلمة "عالم" إلى الخلف
	القدرة الإدراكية	لا يستطيع قراءة فقرة بسيطة من نص. لا يعرف كم ولاية تشكل الولايات المتحدة. لا يستطيع حساب 6×8
	القدرة المكانية	لا يستطيع نسخ رسم بسيط لمثلث أو مربع
	القدرة التجريدية	لا يستطيع وصف الاختلاف بين التفاح والكمثرى
		لا يستطيع شرح معنى المثل " من كان بيته من زجاج عليه عدم رمي الآخرين بالحجارة "
الكلام	الحجم	يتكلم بشكل ناعم جداً
	السرعة	يبدو مجبراً على التكلم بسرعة (كلام مضغوط)
	النطق	لا يتكلم بوضوح
	عوز في اللغة	يستعمل كلمات بشكل غير صحيح أو مفردات سيئة

الصنف	التعريف	مثال
المزاج والعاطفة	المزاج	يصف الشعور بالكآبة (مكتئب، بلا أمل، انتحاري) أو بالهوس (سعيد، مبتهج، متهيج)
	العاطفة	يظهر للفاحص نقص في التعبير الخارجي للمزاج (عديم الحس، محدود الحس، فاتر)
	الانسجام والملاءمة	المزاج ملائم للشعور، كلاهما ملائم للوضع
التفكير	الشكل أو تسلسل التفكير	لديه أشكال تفكير تجعله ذا معنى وكل منها يتبع الآخر بشكل منطقي
	(الارتباطات بين الأفكار)	لديه أفكار تتحرك بسرعة من الواحدة إلى الأخرى (تطاير الأفكار) يكرر الأفكار (المثابرة) يستجيب للصوت أكثر منه لمعنى الكلمة (الصداء اللفظي)
	محتوى التفكير	
	الأعمال القسرية	لا يستطيع الامتناع عن القيام بعمل ما (غسل يديه)
	الوسواس	لا يستطيع أن يبعد فكرة ما عن رأسه
	الرهاب	لديه خوف غير منطقي (يخاف التبول في حجرة المرحاض العامة)
	التوهم	لديه اعتقاد خاطئ (مقتنع أن CIA خلفه)
	فكرة الإشارة	يعتقد أن الممثل في الفيلم يتحدث عنه
الإدراك الحسي	الانخداع Illusion	يسيء تفسير الواقع (يعتقد أن اللعبة التي على الأرض في غرفة مظلمة هي حيوان حي)
	هلوسة	لديه إدراك خاطئ (يشعر بأن حشرات تزحف على جلده)
المحاكمة والبصيرة	الدقة Accuracy	يعطي استجابة غير عادية لوضع افتراضي (يقول إنه سيرمي الرسالة المعنونة والمطبوعة التي وجدها على رصيف المشاة)
	البصيرة	يفهم مرضه بأنه ربما أسهم هو فيه

الصنف	التعريف	مثال
إمكانية الاعتماد عليه Reliability	الموثوقية	يعطي بشكل صحيح وواضح معلومات عن إدخالاته السابقة الى المشفى (بالاستناد إلى معلومات العائلة والأصدقاء والمحاكمة السريرية)
التحكم بالدافع	الاندفاعات العدوانية والجنسية	لا يستطيع التحكم بالدوافع (بالاستناد إلى القصة والسلوك الحالي)

الجدول 2-3: فحص الحالة العقلية المصغّر * (MMSE) لـ Folstein

الصنف	نموذج عن التعليمات الموجهة للمريض	المعدل الأعظمي
التوجه	سمِّ الموقع الحالي والزمن	10
التسجيل	أعد أسماء ثلاثة أشياء	3
الانتباه والحساب	اطرح 7 من 100 واستمر بالطرح بمقدار 7	5
التذكر	تذكر أسماء الأشياء الثلاثة العليا	3
اللغة	سمِّ الشيء الذي أحمله	8
تركيب	ارسم هذا الشيء	1

* *المعدل الكلي الأعظمي = 30 معدل كلي < 25 يفترض وجود مشكلات إدراكية، معدل كلي < 20 يعني اضطراباً واضحاً.*

3

الاختبارات التشخيصية

Diagnostic Tests

I. مقدمة

A. أنواع الاختبارات

1. تقيم الاختبارات النفسية الأداء الإدراكي (بما فيه الذكاء)، الإنجاز، الشخصية والإمراضية النفسية.
2. تصنف الاختبارات بحسب أهدافها وحسب الطريقة التي جمعت المعلومات من خلالها إلى موضوعية Objective وإسقاطية Projective.

B. الاختبارات الموضوعية مقابل الإسقاطية

1. يقوم الاختبار الموضوعي على أسئلة مع إجابات نعم أو خطأ تسجل بشكل سهل وتحلل إحصائياً.
2. يتطلب الاختبار الإسقاطي وجود شخص ويتولى الفاحص تفسير الأسئلة ويفترض أن تعتمد الإجابات على الحالة الدافعة للشخص وآلياته الدفاعية.

II. الاختبارات الإدراكية

A. الذكاء والعمر العقلي

1. إن الذكاء هو القدرة على فهم المفاهيم المجردة والتفكير فيها واستيعابها ومن ثم استدعائها وتحليلها وتنظيم المعلومات ، وذلك لتلبية الاحتياجات الخاصة للشخص في المستقبل.

2. العمر العقلي Mental age (MA) وهو مستوى الأداء العقلي بالمقارنة مع شخص من نفس العمر الزمني.

B. حاصل الذكاء intelligence quotient (IQ)

1. وفق مقاييس الذكاء Stanford-Binet and Wechsler (الجدول 3-1) فإن حاصل الذكاء هو نسبة العمر العقلي إلى العمر الزمني مضروبة بـ 100 : العمر العقلي (MA) ÷ العمر الزمني (CA) × 100

2. IQ بمقدار 100 يعني أن العمر العقلي (MA) والعمر الزمني (CA) هو نفسه.

3. IQ ثابت نسبياً خلال الحياة ، أعلى عمر زمني مستخدم لتحديد IQ هو 15 سنة.

4. تتأثر نتائج اختبارات IQ بالثقافة والخبرات المبكرة.

الجدول 3-1 : الاختبارات التشخيصية النفسية والنفسية العصبية المستعملة في الطب النفسي

صنف الاختبار	الاختبار	الاستعمالات والخصائص
الذكاء	مقياس ذكاء البالغ المعدل لـ Wechsler (WAIS-R)	هو اختبار الذكاء الأكثر شيوعاً ويشمل 11 اختباراً فرعياً (6 شفوياً و15 إنجازياً) يقيّم المعلومات العامة والفهم والتشابهات والحساب والمفردات وتجميع صورة وتكميل صورة وتصميم مبنى وتجميع شيء والمجال الرقمي والرمز الرقمي.

صنف الاختبار	الاختبار	الاستعمالات والخصائص
	مقياس ذكاء الأطفال المعدّل لـ (WISC-R) Wehsler	يستعمل لاختبار الذكاء في الأطفال بعمر 6-16.5 سنة
	مقياس الذكاء ما قبل المدرسة والأولي لـ (WPPSI) Wechsler	يستعمل لاختبار الذكاء في الأطفال بعمر 4-6.5 سنه
الإنجاز	اختبار الإنجاز واسع المجال	يستعمل سريرياً لتقييم المهارات الحسابية والقراءة والتهجئة
	Peabody Individual Achievement Test	يستعمل في الأنظمة المدرسية لتقييم الإنجاز في مساحات الفرد النوعية
الشخصية (تستعمل لتحديد خصائص الشخصية والأمراضية النفسية)	اختبار مينسوتا متعدد الوجوه لتقيم الشخصية (MMPI-2)	اختبار موضوعي يجيب المريض فيه بصح أو خطأ على 566 سؤال عن نفسه، تشمل المقاييس السريرية على الاكتئاب والزورية والفصام والمراقية ومعايير صحيحة لقياس التظاهر بالمرض (التمارض) أو التظاهر بالصحة السليمة (إخفاء المرض)
	اختبار Rorschach	اختبار إسقاطي يفسر فيه المريض التصاميم لبقع حبرية متناظرة ثنائية الجانب، يستعمل لتحديد اضطرابات التفكير وآليات الدفاع
	اختبار إكمال الجملة (SCI) Sentence Completion Test	اختبار إسقاطي حيث يكمل المريض جملاً (مثال: أرغب كثيراً في...)، يستعمل لتحديد الهموم والمشكلات من خلال الارتباطات الشفوية
	اختبار إدراك أو تفهم الموضوع Thematic Apperception Test (TAT)	اختبار إسقاطي يبتدع فيه المرضى نصوصاً بناءً على صور لحالات غامضة، تستعمل النصوص لتقييم المشاعر والصراعات غير الواعية

صنف الاختبار	الاختبار	الاستعمالات والخصائص
النفسية العصبية	مجموعة Halstead-Reitan Halsted-Reitan battery (HRB)	تستعمل للتحري عن الآفات ومكانها وتحديد تأثيراتها
	المجموعة النفسية العصبية لـ لوريا-نبراسكا Luria-Nebraska Neuropsychological Battery (LNNB)	تستعمل لتحديد السيطرة الدماغية يميناً أو يساراً ولتحديد الأنماط النوعية للخلل الدماغي خلل القراءة dyslexia
	الاختبار البصري الحركي لبندر Bender Visual-Motor Gestalt test	يستعمل لاستعراض القدرة البصرية والحركية من خلال إعادة إنتاج التصاميم

5. IQ المتوسط والطبيعي هو 90-109. الانحراف المعياري في معدلات IQ هو 15.
6. عموماً حوالي 50% من الناس لديهم IQ ضمن المجال الطبيعي.
7. معدل IQ يتراوح بين 71 — 84 يعني أداءً عقلياً متوسطاً.
8. الشخص مع IQ أخفض بانحرافين معياريين في الوسط الحسابي (IQ < 70) يعتبر متخلف عقلياً.

III. اختبارات الإنجاز

A. تقيم اختبارات الإنجاز إلى أي مدى يبرع الشخص في مساحات الفرد النوعية.

B. تستعمل هذه الاختبارات في المدارس وفي الصناعة

IV. اختبارات الشخصية ومقاييس الامراضية النفسية

A. تستعمل اختبارات الشخصية في تقييم الإمراضية النفسية وخصائص الشخصية.

B. اختبارات الشخصية الأكثر شيوعاً [اختبار مينيسوتا متعدد الوجوه لتقييم الشخصية (MMPI)، اختبار Roschach، اختبار إكمال الجملة، اختبار إدراك أو تفهم الموضوع بالترابط (TAT)] موصوفة في الجدول (3-1).

V. الاختبارات النفسية العصبية

A. تصمم الاختبارات النفسية العصبية لتقييم الذكاء العام، الذاكرة، التفكير، التوجه، الأداء الإدراكي الحسي الحركي، أداء اللغة، الانتباه، التركيز وذلك في مريض مشتبه بإصابته بآفات عصبية (عته، أذية دماغية).

B. الاختبارات النفسية العصبية موصوفة في الجدول 3-1.

VI. التقييم الحيوي لمصاب بأعراض نفسية

A. قياس الأمينات الحيوية والأدوية النفسية

1. يحدث في بعض الأمراض النفسية تغير في مستويات الكاتيكولامين ومستقلباته ،الجدول (3-2).

2. تقاس المستويات المصلية لمضادات الاكتئاب ومضادات الذهان لتقييم مطاوعة المريض وفرط الجرعة المشكوك فيه ولتحديد فيما إذا تم الوصول إلى مستويات الدم العلاجية للدواء.

3. قياس مستوى الدواء في المصل يجنبنا سوء استخدامه أو فرط الجرعة (التسمم) الذي يُحْدِث أعراضاً نفسية غير مرغوبة وخطرة (انظر الفصل 10).

B. اختبار التثبيط بالديكساميتازون (DST)

1. في مريض طبيعي ومع محور وطائي كظري نخامي طبيعي فإن الكورتيكوستروئيد الصنعي ديكساميتازون يثبط إفراز الكورتيزول.

يكون نصف المرضى المصابين بالاضطراب الاكتئابي الرئيس تقريبا لديهم الاختبار إيجابي (لا يحدث هذا التثبيط).

2. موجودات الاختبار الإيجابية هي غير نوعية، يشاهد عدم التثبيط في حالات عدا الاضطراب الاكتئابي الرئيس، وهي الفصام والعته والحمل والقهم العصبي أو زيادة الوزن الشديدة والاضطرابات الغدية وسوء استعمال والانسحاب عن الكحول ومزيلات القلق.

الجدول 3-2: التقييم الحيوي للمريض النفسي

الاختبار أو القياس النوعي	الاستعمالات والخصائص
	قياس غدي –عصبي
مستوى الأمينات الحيوية (ومستقلباتها)	يقيس مستويات النواقل العصبية ومستقلباتها في سوائل الجسم لأهداف تشخيصية وبحثية
الدوبامين (HVA)	يرتفع في الفصام والأمراض الأخرى بما فيها الذهان وينقص في داء باركنسون والاكتئاب
نورابينفرين (MHPG, VMA)	يرتفع VMA في ورم القواتم، ينقص MHP في الاكتاب الشديد
السروتونين (5-HIAA)	ينخفض في الاكتئاب الشديد والاندفاعية والعنف وإضرام النار ومتلازمة Tourette وسوء استعمال الكحول والشراهة
اختبار التثبيط بالديكساميتازون (DST)	يستخدم لتوقع أي من المرضى سوف يستجيب جيداً إلى مضادات الاكتئاب أو الصدمة الكهربائية (أي منهم لديهم نتيجة اختبار إيجابية وتعرّف بنقص تثبيط الكورتيزول بعد جرعة اختبار من الديكساميتازون).
الأداء الغدي	يستخدم لتحديد قصور الدرق الذي يسبب أعراضاً اكتئابية أو فرط نشاط الدرق الذي يسبب أعراض قلق.
	التصوير العصبي والتخطيط الدماغي الكهربائي (EEG)
التصوير الطبقي المبرمج (CT)	يحدد التغيرات الدماغية التشريحية في الأمراض الإدراكية وربما في الفصام

الاختبار أو القياس النوعي	الاستعمالات والخصائص
تصوير الرنين المغناطيسي النووي (MRI)	يساعد في تحديد داء زوال النخاعين (التصلب العديد) ويظهر الحالة الكيميائية الحيوية للنسج العصبية بالإضافة إلى التشريح بدون تعريض المريض إلى أشعة متأينة.
التصوير المقطعي بإصدار البوزيترون (PET) أو (MRI) الوظيفي	يحدد موقع المناطق الدماغية النشيطة فيزيولوجياً خلال مهام نوعية وتقيس استقلاب الغلوكوز في النسيج العصبي
تخطيط كهربائية الدماغ (EEG)	يقيس الفعالية الكهربائية في قشر المخ، يفيد في تشخيص الصرع وتفريق الهذيان (EEG غير طبيعي) عن العته (EEG طبيعي غالباً)
EEG بعد الإثارة أو ما يسمى بالتنبيهات المثارة Evoked potentials	يقيس الفعالية الكهربائية في قشر الدماغ استجابة إلى تنبيه لمسي أو صوتي أو بصري، يستخدم لتقييم الرؤية ونقص السمع في الرضع واستجابات الدماغ في المسبوتين والمرضى بداء زوال النخاعين.
	اختبارات أخرى
مقابلة أموباريتال صوديوم (مصل الحقيقة)	يرخي المرضى في حالات مثل اضطراب التحويل والحالات الذهانية الخرساء والاضطرابات الانفصالية حيث يمكنهم إظهار نفسهم خلال المقابلة.
الحقن داخل الوريد بصوديوم لاكتات أو استنشاق CO_2	يستخدم لتشخيص اضطراب الهلع حيث يثير كلا العلاجين نوبة هلع في المريض المصاب بالهلع
استجابة الجهد الكهربائية (اختبار "كاشف الكذب")	يحدد مستوى الشدة التي تظهر بإثارة الجهاز العصبي الودي، يقيس زيادة نشاط غدد العرق التي تسبب نقص المقاومة الكهربائية للجلد

HVA = homovanillic acid; VMA = vanillylmandelic acid; MHPG = 3 methoxy -4-hydroxyphenylglycol; 5-HIAA = 5 hydroxyindoleacetic acid

C. **الوظيفة الغدية**

1. تستخدم اختبارات الوظيفة الدرقية للكشف عن نقص أو فرط النشاط حيث تحاكي اضطرابات المزاج والقلق.

2. مرضى الاكتئاب يمكن أن يكون لديهم شذوذات غدية أخرى (نقص استجابة إلى الهرمون المحرر للحاثات الدرقية thyrotropin-releasing h. اضطراب في هرمون النمو، نقص مستويات الميلاتونين والحاثات القندية gonadotropin.

3. تترافق الأعراض النفسية أيضاً مع اضطرابات غدية أخرى مثل داء كوشينغ وداء أديسون (انظر الفصل 22).

4. الاختبارات التي تستعمل لتقييم المرضى موجودة في الجدول 3-2.

D. **الاختبارات المخبرية لمراقبة ظهور اختلاطات المعالجة الدوائية**

1. تعداد دم كامل لكشف نقص المحببات في المرضى الذين عولجوا بـ clozapine أو Carbamazepine.

2. قياس سكر الدم، فانخفاضه يحاكي الاكتئاب أو ظهور أعراض اضطراب فكري أو قلق.

3. اختبارات وظائف الكبد بعد العلاج بالكاربامازيبين وValproic acid أو divalproex sodium.

4. اختبارات الوظيفة الدرقية والكلوية بعد العلاج بالليثيوم.

E. **التصوير العصبي والتخطيط الدماغي الكهربائي**

يمكن أن تترافق المتغيرات البنيوية الدماغية وتغيرات EEG مع اضطرابات نفسية نوعية، انظر الجدول 3-2.

F. اختبارات أخرى

إن الاختبارات مثل مقابلة أموباربيتال صوديوم والحقن داخل الوريد لصوديوم لاكتات أو استنشاق Co2 واستجابة الجلد الكهربائية كلها تستعمل سريرياً وتشخيصياً وكذلك لأغراض بحثية (الجدول 3-2).



تطور الطفل الطبيعي ونقص الانتباه واضطرابات السلوك الممزّق

Normal Child Development and Attention-Deficit and Disruptive Behavior Disorders

I. تطور الطفل الطبيعي[3]

يصف الجدول 4-1 الخصائص الحركية والاجتماعية واللفظية والإدراكية للرضع والدارجين وأطفال ما قبل المدرسة وأطفال عمر المدرسة والمراهقين:

A. الرضع (0 - 15 شهر)

1. المهمة النفسية الكبيرة في مرحلة الرضاعة هي تشكيل اتصال حميم مع الأم أو الراعي الابتدائي.
2. يتسبب الانفصال عن الراعي الابتدائي في طفل عمره بين 6-12 شهر في احتجاجات في البداية. وإذا استمر الأمر فإنه يؤدي إلى anaclitic depression أو فشل في النمو. وهو يعرف أيضاً باضطراب الاتصال الارتكاسي للرضع (انظر الفصل 5).
3. يتميز فشل النمو بتأخر تطوري ونمو وصحة سيئين ومعدل وفيات عالٍ بالرغم من الرعاية الجسمية الكافية.

---

[3] للتوسع يمكن العودة إلى كتابي "كيف نفهم الطفل والمراهق" الطبعة الأولى 2007 الصادر عن دار شعاع للنشر والعلوم (المترجم).

B. الدارج (15 شهر إلى 2.5 سنة)

1. المهمة النفسية الكبيرة للدرّاج هي الانفصال عن الأم أو الراعي الابتدائي.
2. يبدي الطفل تقارباً مع الآخرين rapprochement وهو ميل للابتعاد عن الأم ومن ثم العودة للشعور بالاطمئنان.
3. عند الدخول إلى المشفى فإن الخوف الأكبر للدرّاج هو من الانفصال عن الأم، وليس الأذية الجسمية أو المرض.
4. يستطيع الدارج أن يحافظ على تصور عقلي للشيء، حتى وإن لم يعد موجوداً (دوام الشيء object permanence).

C. طفل ما قبل المدرسة (2.5 إلى 6 سنوات)

1. يؤدي الطفل تحكماً بالمستقيم والمثانة بعمر 4 سنوات و5 سنوات على التوالي.
2. الأطفال في هذه المجموعة العمرية لا يفهمون نهائية الموت، وعوضاً عن ذلك يعتقدون أن الناس والحيوانات الأموات سوف يعودون للحياة.
3. أطفال ما قبل المدرسة هم قلقون جداً من الأذية والمرض الجسمي (طور مساعدة الجماعة the "Band-Aid" phase) لذلك فإن هذا العمر هو وقت سيئ لإجراء الجراحة الانتقائية.

D. طفل عمر المدرسة (6-11 سنة)

1. الأمور الجنسية النفسية تكون معلقة وساكنة نسبياً خلال هذه الفترة.
2. أطفال في هذه المجموعة العمرية يتأقلمون جداً مع الانفصال عن والديهم ويتحملون الإقامة في المشفى جيداً وبشكل معقول.
3. أطفال عمر المدرسة عادة يدركون نهائية الموت.

الجدول 4-1: التطور الحركي والاجتماعي واللفظي والإدراكي للطفل الطبيعي

العمر	الحركية	الاجتماعية	اللفظية والإدراكية
2 إلى 3 أشهر	يرفع رأسه عند الانبطاح على بطنه	يبتسم استجابة إلى وجه إنسان (ابتسامة اجتماعية)	يهدل، يقرقر
5 إلى 6 أشهر	ينقلب ويجلس بدون مساعدة	يشكل اتصالاً مع الراعي الابتدائي ويميز الوالدين	يثرثر (يكرر صوتاً مفرداً مرة بعد مرة)
7 إلى 11 شهر	يصعد إلى وضعية الوقوف	يبدى خوفاً من الناس غير المألوفين (قلق من الغريب)	يقلّد الأصوات ويستعمل الإيماءات
12 إلى 15 شهر	يمشي بدون مساعدة	يخاف الانفصال عن الراعي الابتدائي (قلق الانفصال)	يتكلم الكلمة الأولى
16 شهر إلى 2.5 سنة	يصعد السلالم ويضع الإشارات بقلم الشمع على الورق	يلعب بشكل مستقل ويبدي سلبية (الكلمة المفضلة هي لا)	يتكلم في جمل من كلمتين (أنا أفعل) يسمي أجزاء الجسم والأشياء
2.5 إلى 4 سنوات	يقود دراجة ثلاثية، يتعرى ويلبس جزئياً بدون مساعدة ويرسم دائرة وخطاً وصليباً ويحدد الألوان	يلعب بجانب الأطفال ولكن لا يلعب مع أي طفل آخر (اللعب الموازي) يستطيع أن يمضي أغلب النهار مع البالغين غير الوالدين (الروضة)، يكوّن هوية جنسية للذات بحوالي 3 سنوات	يتكلم في جمل كاملة (أستطيع فعله بنفسي)
4 إلى 6 سنوات	يرسم شخصاً بتفاصيله (مع ساعدين ورجلين وجسم وعينين وشعر)، يلبس بشكل مستقل، يقفز مستخدماً التبادل بين القدمين، يربط رباط الحذاء بعمر 6 سنوات، يرسم مربعاً أو مثلثاً	يلعب متعاوناً مع الأطفال الآخرين ويمكن أن يكون لديه رفقاء خياليين، لديه فضول حول الجسم، يمثل دور الطبيب، لديه شعور خيالي إزاء الوالد من الجنس المغاير (الطور الأوديبي)	تعبيرات لفظية جيدة (سرد قصص مفصلة)

العمر	الحركية	الاجتماعية	اللفظية والإدراكية
6 إلى 11 سنة	ينهمك في مهام حركية معقدة (يلعب بالكرة ويقود دراجة ثنائية ويقفز فوق الحبل)	يفضل اللعب مع الأطفال من نفس الجنس، يعمل بجد وهو مثابر ويطور حساً أخلاقياً للصواب والخطأ، يتعلم أن يتبع القوانين، يتوافق مع الوالد من نفس الجنس، لديه علاقات مع البالغين غير والديه (المدرسين، قواد الجماعة)	يطور القدرة على التفكير المنطقي، يفهم أن الأشياء لديها أكثر من خاصية (يمكن أن يكون خشب وأزرق) يتعلم القراءة والكتابة والحساب (مرحلة العمليات الواقعية لـ Piaget)
11 إلى 14 سنة	لديه قوة جسمية أكبر، يشترك في الألعاب الجماعية والفردية .	يبدي انشغالا بأدوار الجنس وشكل الجسم والشعبية، يستمر بالانفصال عن العائلة ويشكل علاقات أقوى مع الأطفال الآخرين	يظهر تفكيرا مجردا (بداية مرحلة العمليات المنهجية والإبداع)
14 إلى 17 سنة	يبدي مهارات حركية تقترب من مهارات البالغ	لديه مشاعر القوة الكلية التي تقود إلى سلوك متسم بالمخاطرة (عدم استعمال الواقي الذكري والقيادة بسرعة)	يستمر بالتطور حيث تقترب القدرة العقلية من قمتها
17 إلى 20 سنة	يصل لمستوى البالغ بالمهارات الحركية	يبدي قلقا من المواضيع الإنسانية والأخلاق وضبط النفس، يمكن أن يكون لديه أزمة هوية تتسبب في تشوش الدور (يظهر في سلوك إجرامي أو انضمام إلى طائفة)	يبدي تطوراً إضافياً في التفكير الرياضي النظري (الحساب)

.E المراهقة: (11 - 20 سنة)

1. في البنات، يعرف البلوغ بأنه بدء الإحاضة Menarche الذي يحدث تقريباً بعمر 11-14 سنة (يحدث مبكراً أكثر مما كان يحدث منذ قرن مضى).

2. في الصبيان يعرف البلوغ بأنه القذف الأول الذي يحدث تقريباً بعمر 12-15 سنة.

3. تحرر الدوافعِ الجنسية من خلال الاستمناء الذي يحدث في معظم المراهقين تقريباً.

4. يريد كل مراهق أن يتشابه مع كل المراهقين الآخرين ولهذا السبب فإن أي تغير في الأنماط التطورية المتوقعة (الإحاضة المتأخرة، العُد، البدانة) أو أي مرض مزمن يتطلب تغيرات في نمط الحياة (الداء السكري) يمكن أن يسبب ازعاجاً نفسياً.

II. اضطراب فرط النشاط الحركي مع نقص الانتباه ADHD، اضطراب السلوك، اضطراب المتحدي المعارض Appositional defiant d.

A. خصائص عامة

1. تتميز هذه الاضطرابات بالسلوك غير المتناسب مما يسبب صعوبة في الإنجاز المدرسي والعلاقات الاجتماعية.

2. التخلف العقلي الصريح غير مميز للأطفال المصابين بهذه الاضطرابات.

3. كل هذه الاضطرابات هي أكثر شيوعاً في الصبيان من البنات.

4. توصف في الجدول 4-2 أمثلة لقطات لمريض وخصائص المريض وعمر البداية والحدوث وإنذار هذه الاضطرابات.

B. التشخيص التفريقي

1. اختلافات عن الخصائص الطبيعية للمزاج والسلوك.

2. اضطرابات المزاج.

3. اضطرابات القلق.

4. اضطرابات التعلم النوعية (خلل القراءة dyslexia).

C. المسببات

1. العوامل الوراثية :

a. يوجد معدل تطابق عال بين الأخوة في اضطراب فرط النشاط مع نقص الانتباه Attention-deficit/hyperactivity d. (ADHD)

b. تحدث لدى أقرباء الأطفال المصابين باضطراب السلوك وADHD زيادة في نسبة حدوث اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع والكحولية.

2. بالرغم من عدم وجود مشكلات بنيوية خطرة في الدماغ فإنه يمكن أن يوجد عسر وظيفة صغير للدماغ في سياق آلية حدوث ADHD واضطراب السلوك.

3. من الشائع أن يكون الأطفال المصابين باضطراب السلوك تعرضوا لإساءة من قبل الراعي ولدى والدي هؤلاء الأطفال غالباً قصة لسوء استعمال المادة.

4. في اضطراب المتحدي المعارض يمكن أن يوجد قصة لخلاف زوجي هام أو اضطراب مزاج أو سوء استعمال المادة في واحد أو كلا الوالدين.

الجدول 4-2: خصائص المرضى المصابين باضطراب فرط النشاط الحركي مع نقص الانتباه ADHD واضطراب السلوك واضطراب التحدي المعارض

الاضطراب	لقطة لمريض	الخصائص	العمر عند البدء والحدوث	الإنذار
اضطراب فرط النشاط الحركي مع نقص الانتباه ADHD	صبي عمره 8 سنوات يتورط في مشكلات مدرسية بشكل متكرر لأنه يقاطع المدرس ويزعج التلاميذ الآخرين ولا يستطيع أن يجلس بثبات في الصف	فرط حركة، تحدد مجال الانتباه، تحكم ذاتي سيئ، الميل إلى التورط بحوادث، اندفاعية، عدم استقرار عاطفي، تهيج، قصة لصراخ، حساسية عالية للمنبهات الخارجية ومشكلات نوم في مرحلة الرضاعة	البداية قبل عمر 7 سنوات ويدوم على الأقل 6 أشهر ويوجد في 3-5% من أطفال بعمر 5-12 سنة، أكثر شيوعاً بخمس مرات في الصبيان. يجب أن يحدث في بيئتين على الأقل (كالبيت والمدرسة)	20% من المرضى يحتفظون بالخصائص (تحدد مجال الانتباه) إلى البلوغ ويبقون في حالة خطر الإصابة باضطراب المزاج والشخصية. أغلب الأطفال يبدون هجوع كامل خلال المراهقة مع بقاء تأثيرات سلبية قليلة طويلة الأمد
اضطراب السلوك	صبي بعمر 8 سنوات يتورط في مشكلات مدرسية بشكل متكرر لأنه يضرب التلاميذ الآخرين ووجد في الصف يعذب فأر التجربة	سلوك يعتدي فيه على القواعد الاجتماعية ويشمل على سلوك عدواني تجاه الآخرين وتجاه الحيوانات، يكذب ويسرق، تخريب الممتلكات، انحراف هام عن القوانين الأبوية والمجتمعية (مثل الهروب من المدرسة، إشعال الحرائق)	يحدث الشكل الطفلي قبل عمر 10 سنوات، ويحدث شكل المراهقة بعد عمر 10 سنوات، يحدث في 6-16% من الصبيان و2-9% من البنات وبعمر أقل من 18 سنة	يرتبط مع اضطراب المزاج والسلوك الإجرامي واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع وسوء استعمال المادة في مرحلة البلوغ.
اضطراب التحدي المعارض	صبي بعمر 8 سنوات يتورط في مشكلات مدرسية بشكل متكرر بالرغم من انسجامه مع الأطفال الآخرين، محب للخصام مع المدرسين والمدير	هو شكل من السلوك الجريء السلبي، غير مذعن تجاه أشكال السلطة، بالرغم من أن هذا السلوك لا يعتدي على قواعد السلوك الاجتماعي، مولع بالجدال، غاضب، سريع الاستياء، ينزعج بسرعة	البداية قبل عمر 8 سنوات، يحدث في 2-16% من الأطفال بعمر 6-18 سنة، البداية قبل سن البلوغ هي الأكثر شيوعاً في الصبيان، الحدوث بعد البلوغ متساوٍ بين الصبيان والبنات	يمكن أن يتطور إلى اضطراب سلوكي، يهجع في ربع الأطفال

D. العلاج

1. في ADHD تكون منبهات الجملة العصبية المركزية الدواء المثالي، تفيد مضادات الاكتئاب أيضاً، تساعد منبهات الجملة العصبية المركزية في تخفيض مستوى النشاط وتزيد مجال الانتباه والقدرة على التركيز. تشمل هذه الأدوية

   a. Methylphenidate (Ritalin) (تحرر مدير) ≥ 60 ملغ / اليوم للأطفال فوق عمر 6 سنوات)

   b. Dextroamphetamine sulfate (Dexedrine) (≥ 40 ملغ / اليوم للأطفال فوق عمر 3 سنوات).

   c. Amphetamine/dextroamphetamine (Adderall و Adderall XR) (تحرر مدير) ≥ 30 ملغ/اليوم للأطفال الأكبر من 3 سنوات)

2. التأثيرات غير المرغوب بها لمنبهات الجملة العصبية المركزية CNS في الأطفال تشمل فشل في اكتساب الوزن وتثبيط النمو، يعود الوزن ومعدل النمو إلى الطبيعي عندما يوقف الدواء.

3. يمكن تناول منبهات CNS سنوات كثيرة وأحياناً إلى ما بعد عمر 20 سنة لعلاج ADHD عند البالغين adult ADHD.

4. يمكن أن يستفيد الأطفال المصابون باضطراب السلوك واضطراب المتحدي المعارض من تنظيم البيئة والعلاج النفسي خصوصاً العلاج العائلي (انظر الفصل 28).



الاضطرابات العقلية الطفلية

Childhood Mental Disorders

I. الاضطرابات التطورية السائدة

A. الخصائص

1. تتميز الاضطرابات التطورية السائدة بالفشل في اكتساب أو النقص المبكر للمهارات الاجتماعية واللغة مما يتسبب في مشكلات مدى الحياة في الأداء الاجتماعي والمهني.

2. تشمل هذه الاضطرابات

a. الاضطراب التوحدي .Autistic D

b. اضطراب Asperger.

c. اضطراب Rett.

d. الاضطراب الانحلالي الطفولي .Childhood disintegrative d.

3. هذه الاضطرابات موصوفة في الجدول (5-1)

B. التشخيص التفريقي

1. اضطراب السمع الولادي.

2. الحرمان النفسي أو الإهمال.

3. الفصام ذو البدء الطفولي.

الجدول 5-1: الاضطرابات التطورية السائدة في مرحلة الطفولة

الاضطراب	لقطة لمريض	الخصائص	العمر عند البدء والحدوث	الإنذار
الاضطراب التوحدي	يبدي طفل بعمر 3 سنوات عدم اهتمام أو اتصال مع الوالدين والبالغين الآخرين أو الأطفال ولا يتحدث طوعياً ومفتون بمراقبة الأشياء في المحيط يبكي بعنف عندما تُغير البيئة حوله كأن تحاول الأم أن تلبسه	مشكلات خطيرة في التواصل ولكن السمع طبيعي، مشكلات هامة في تشكيل العلاقات الاجتماعية، سلوك متكرر (دوران سريع)، سلوك تدميري للذات (ضرب الرأس) ذكاء تحت طبيعي (IQ < 70) في ثلثي المرض، قدرات نوعية غير عادية (قدرات موسيقية استثنائية) في بعض المرضى (علماء: savants)	البداية قبل عمر 3 سنوات، يرى في 0.02-0.05% من الأطفال بالرغم من أن الأشكال الطفيفة هي الأكثر شيوعاً (اضطراب طيفي)، 3-5 مرات أكثر شيوعاً في الصبيان، ولكن عندما يحدث في البنات يكون أكثر شدة.	أغلب المرضى يبقون مضطربين بشدة في مرحلة البلوغ، فقط 2% يستطيعون العمل والعيش بشكل مستقل.
اضطراب Asperger	صبي بعمر 4 سنوات يبدي اهتماماً قليلاً في الاحتكاك الاجتماعي مع الوالدين والأطفال والبالغين الآخرين ويبدي أنماطاً مختلفة من السلوك الغريب. مهاراته اللفظية والحركية مناسبة مع عمره	مشكلات هامة في تشكيل العلاقات الاجتماعية، سلوك متكرر، بلادة حركية وبالعكس لا يعكس تأخر تطوري وإن حدث فهو ضئيل مع تطور إدراكي طبيعي نسبياً.	أول ما يلاحظ بعمر 3-5 سنوات، نسبة الحدوث غير معروفة، أكثر شيوعاً في الصبيان	إنذار أفضل من الاضطراب التوحدي

الاضطراب	لقطة لمريض	الخصائص	العمر عند البدء والحدوث	الإنذار
اضطراب Rett	بعد 4 أشهر من التطور الطبيعي يبدأ الرضيع يفقدان المهارات المكتسبة. وبعمر 18 شهر يبدي احتكاكاً اجتماعياً ضئيلاً مع الوالدين والأطفال والبالغين الآخرين ويستعمل إيماءات يدوية غريبة	نقص الاهتمام والمهارات الاجتماعية بعد فترة قصيرة من الأداء الطبيعي، حركات لي لليدين متكررة، شذوذات حركية نفسية، تخلف عقلي	البداية قبل عمر 4 سنوات (عادة بين 5 أشهر و48 شهر)؛ يشاهد فقط في البنات، أقل شيوعاً من الاضطراب التوحدي	مترق وموجود مدى الحياة بالرغم من احتمال تحسن المهارات الاجتماعية إلى حد ما مع العمر
الاضطراب الانحلالي الطفولي	صبي بعمر 4 سنوات أدائه الاجتماعي والحركي السابق كان طبيعياً ويتوقف عن التكلم ويبدأ في الزحف بدلاً من المشي	تراجع في التطور اللفظي والحركي والاجتماعي بعد سنتين على الأقل من الأداء الطبيعي، تخلف عقلي	البداية في عمر 2-10 سنوات، نادر، يمكن أن يكون أكثر شيوعاً في الصبيان	مزمن مدى الحياة

4. اضطراب اللغة الاستقبالي التعبيري المختلط.
5. الاضطراب الوسواسي القسري.
6. اضطراب الشخصية فصامي الشكل.

C. السببيات

1. اختلاطات ما حول الولادة
2. عسر الوظيفة المخية

3. مركب وراثي (معدل التطابق في التوحد هو على الأقل 35% في التوائم وحيدة البويضة وهو أخفض في التوائم ثنائية الويضة).

D. العلاج

1. لا يوجد علاجات دوائية نفسية نوعية
2. العلاج السلوكي يستعمل لزيادة المهارات الاجتماعية والتواصلية ولإنقاص شدة المشكلات السلوكية ويحسن العناية الذاتية.
3. بما أنه توجد صعوبات في العناية بالطفل المصاب بالاضطرابات التطورية فإن الوالدين يستفيدان عادة من الدعم والاستشارة.

II. اضطرابات العرّة Tic Disorders

A. اضطراب Tourette

1. الخصائص

a. رجل بعمر 19 سنة مع ذكاء وعلاقات اجتماعية طبيعيين لديه عرّات متعددة منذ كان عمره 8 سنوات. وبعمر 17 سنة بدأ ينظف حلقه بشكل متقطع ويلفظ سلسلة من الكلمات الخشنة خلال المحادثة.

b. يتميز اضطراب Tourette بحركات وألفاظ غير إرادية (عرّات).

c. المرضى غالباً لديهم عرّات حركية كثيرة [تكشير وجهي، تطرف العين (غالباً ما تكون أول عرّة)، تثاؤب].

d. أغلب المرضى لديهم على الأقل عرّة لفظية واحدة (نباح، قباع الخنزير، استعمال غير إرادي للتجديف) يمكن أن تظهر بعد سنين من العرّات الحركية البدئية.

2. العمر عند البدء والحدوث

a. يبدأ الاضطراب قبل عمر 18 سنة ، بعرة حركية عادة أول ما تظهر بعمر 7-8 سنوات.

b. يحدث اضطراب Tourette في حوالي 0.05% من الأطفال.

c. أكثر شيوعاً في الصبيان بثلاث مرات.

3. السببيات

a. يترافق اضطراب Tourette مع تنظيم معيب للدويامين في النواة المذنبة.

b. العوامل الوراثية :

(1) معدل التطابق هو 50% من التوائم وحيدة البويضة و 8% من التوائم ثنائية البويضة.

(2) يرتبط اضطراب Tourette وراثياً مع كل من اضطراب عوز الانتباه وفرط النشاط الحركي ADHD والاضطراب الوسواسي القسري (OCD).

4. العلاج والإنذار

a. Haloperidol (0.05−0.075 ملغ/كغ/اليوم) وهو العلاج الأكثر فعالية.

b. Clonidine يمكنه وقف العرَّات.

c. Pimozide (< 10 ملغ/اليوم) هو فعال أيضاً ، وكذلك مضادات الذهان غير النموذجية مثل Resperidone فعالة أيضاً.

d. الاضطراب هو مدى الحياة ومزمن.

e. اضطراب العرّة الحركية أو اللفظية المزمن : ويتميز بعرّات حركية أو عرّات لفظية غير إرادية ولكن ليس كلاهما. كل الخصائص الأخرى هي مشابهة لاضطراب Tourette.

III. اضطراب الإطراح

A. السلس البولي Enuresis

1. الخصائص والحدوث

a. السلس البولي هو إفراغ البول في مواضع غير مناسبة (في الفراش).

b. بالرغم من أن أغلب الأطفال يُدربون على التبول في دورة المياه (المرحاض) خلال النهار بعمر 3 سنوات فإن لا يمكن تشخيص السلس البولي قبل عمر 5 سنوات.

c. يحدث في 7% من الصبيان و3% من البنات بعمر 5 سنوات.

2. السببيات

a. عوامل وراثية (توجد غالباً قصة لحالة في فرد آخر من العائلة).

b. عوامل فيزيولوجية مثل مثانة صغيرة ومستويات ليلية متدنية طبيعياً للهرمون المضاد للإدرار.

c. عوامل نفسية مثل: الشدة النفسية نتيجة لتغيرات في نمط الحياة (مخيم صيفي، انتقال، ولادة أخ).

3. العلاج

a. لعلاج سلس البول الليلي فإن العلاج الأكثر فعالية هو سلوكي (منبه موصول مع حشوة تحت الطفل فيصدر المنبه أصواتاً توقظ الطفل عندما تلتقط الحشوة أي رطوبة خفيفة).

b. تشمل العلاجات الدوائية مركب Imipramine والمركبات المضادة للإدرار مثل desmopressin داخل الأنف ويمكن أن تستعمل على المدى القصير للأطفال الذين لم يستجيبوا للطرق السلوكية.

c. يفيد الدعم والتطمين لكل من الطفل والوالدين بالمشاركة مع العلاجات الأخرى.

B. السلس البرازي Encopresis

1. الخصائص والحدوث

a. السلس البرازي هو مرور البراز بدون استعمال المرحاض.

b. يتدرب أغلب الأطفال على التغوط بعمر 3 سنوات ولكن لايمكن تشخيص السلس البرازي بعمر أقل من 4 سنوات.

c. يحدث في 1% من الأطفال بعمر 5 سنوات.

d. يحدث بشكل أكثر عند الصبيان بثلاث مرات.

2. السببيات

a. أسباب فيزيولوجية تشمل فقدان التحكم بالمصرة وإمساك مع سلس الغائط (الشكل الأشيع).

b. أسباب نفسية تشمل تراجعاً regression نتيجة لشدة أو صراعات قوة مع الوالدين من أجل الاستقلال.

3. العلاج

a. تعالج الأسباب الفيزيولوجية بالملينات والمسهلات لمنع الإمساك.

b. تعالج الأسباب النفسية بالعلاج النفسي والعلاج العائلي والعلاج السلوكي.

IV. اضطرابات الطفولة الأخرى

A. الخرس الانتقائي Selective mutism

1. الخصائص

a. فتاة بعمر 7 سنوات لا تتحدث في المدرسة بالرغم من أنها تهمس أحياناً إلى واحد من أصدقائها. في المنزل هي ثرثارة للغاية واجتماعية مع أفراد العائلة.

b. نموذجياً، الطفل المصاب بهذه الحالة يتحدث في بعض المواضع الاجتماعية (المنزل) لكن لا يتكلم في أماكن أخرى (المدرسة).

c. يمكن للطفل أن يتواصل بشكل غير لفظي (بالإيماءات اليدوية مثلاً).

d. يجب أن يميز الخرس الانتقائي عن الخجل الطبيعي.

2. الحدوث والسببيات

a. الاضطراب نادر ويحدث في أقل من 8 أطفال من أصل 10000 طفل.

b. الخرس الانتقائي يحدث بشكل أكثر في البنات.

c. العمر عند البدء بهذا الاضطراب عادة 5 أو 6 سنوات.

d. اختبر الطفل غالباً حادثة شدة في حياته (انتقال، موت شخص محبب).

3. العلاج والإنذار

a. العلاج العائلي أو السلوكي هو العلاج الأكثر فعالية.

b. المرضى الذين يبقون خرساً بعد عمر 10 سنوات يكون لديهم إنذار سيئ.

B. اضطراب قلق الانفصال Separation anxiety d.

1. الخصائص

a. بعد 3 أشهر من الانتقال إلى جوار جديد يرفض صبي بعمر 7 سنوات النوم في سريره لوحده ويرفض الذهاب إلى المدرسة وعندما سئل عن تصرفه بدا قلقاً وقال إنه خائف من أن والدته ستموت.

b. الطفل معارض جداً لأن يكون بعيداً عن والديه لأنه يواجه خوفاً من فقدان أشكال الاتصال الرئيسية لديه، خصوصاً والدته.

c. يدعى هذا الاضطراب برهاب المدرسة حيث يكون الطفل فعلياً خائف من مغادرته والديه وبالمقابل يكون خائفاً من الذهاب إلى المدرسة.

d. يكون الوالدان غالباً قلقين بإفراط على الطفل.

e. يشكو الطفل من أعراض جسمية (ألم معدي أو صداع) ليتجنب الذهاب إلى المدرسة ومغادرة الوالدين.

2. الحدوث والسببيات

a. يصيب حوالي 4% من أطفال مرحلة المدرسة مع عدم اختلاف بالجنس.

b. العمر الأكثر شيوعاً للبدء هو 7-8 سنوات من العمر.

c. غالباً الطفل اختبر حادثة شدة في حياته (انتقال، وفاة إنسان محبب).

d. يمكن أن توجد عوامل وراثية أو تعلمية.

e. اضطرابات القلق تكون غالباً موجودة عند الوالدين.

3. العلاج والإنذار

a. العلاج العائلي فعال.

b. العلاج غالباً يشمل على إعادة إدخال تدريجية للمدرسة ويمكن أن تشمل على علاج نفسي فردي.

c. مضادات الاكتئاب وبشكل أساس imipramine (150-200) ملغ / اليوم) يكون مفيداً.

d. البالغ الذي كان لديه اضطراب قلق الانفصال في الطفولة هو في خطر الإصابة باضطرابات القلق وخصوصاً رهاب الساح Agoraphobia.

C. اضطراب الارتباط الارتكاسي في الرضاعة أو الطفولة المبكرة

1. الخصائص

a. (لمحة مريض) طفل روسي عمره 22 شهراً وكان في مدرسة الأيتام منذ الولادة، يقترب ويتعلق بكل بالغ يدخل غرفة اللعب في المدرسة وإن لم يشاهده من قبل أبداً.

b. يبدي الطفل اضطرابات كبيرة في الارتباطات الاجتماعية.

c. يمكن تمييز نمطان فرعيان: الفشل في الاستجابة بطريقة طبيعية اجتماعياً للآخرين (نمط مثبط) وتكوين روابط بدون تمييز مع الآخرين (نمط غير مثبط).

d. الطفل قد يبدي أيضاً تخلفاً تطورياً وجسمياً (فشل النمو) (انظر الفصل 4)

2. الحدوث والسببيات

a. يعتقد أن اضطراب الارتباط الارتكاسي ينجم عن عناية شديدة المرضية مثل الإهمال أو الإساءة والإيذاء.

b. يكثر لدى الأطفال المعرضين لتغيرات متكررة في البيئة والراعي (دار الأيتام، بيوت التربية ، ...).

c. هذا الاضطراب شائع في حالة الأب الوحيد وفي العائلات ذات الشدة المالية والاجتماعية.

3. المعالجة والإنذار

a. يمكن قبول الطفل في المشفى لفترة قصيرة لحمايته ومعالجة سوء التغذية إن وجد.

b. تحسين حالة العائلة بمداخلات النصائح والاستشارات للمساعدة العملية مع العناية بالطفل وتعليم الأبوين مهارات رعاية الطفل.

6

الكبر، الطب النفسي الشيخوخي، الموت، الفقدان

Aging, Geriatric Psychiatry, Death, and Bereavement

I. الكبر Aging

A. إحصائيات سكانية

1. بحلول عام 2020 سيكون أكثر من 15% من سكان الولايات المتحدة بعمر 65 سنة وما فوق.

2. المعدل الإجمالي لحياة المواطن الأمريكي المأمولة هو 76 سنة.

a. العوامل الوراثية هي محدد هام للحياة المأمولة.

b. حياة النساء أطول بسبع سنوات من الرجال تقريباً.

c. بما أن الرجال عند الزواج أكبر من النساء بسنتين، فإن النساء المتزوجات سيكنّ أرامل لمدة تقارب 9 سنوات.

d. بالرغم من أن الأميركيين البيض لديهم حياة أطول من السود فإن هذا الاختلاف بين الأعراق (تقريباً 6 سنوات في النساء و 8 سنوات في الرجال) يتضاءل.

B. العوامل الفيزيولوجية المرتبطة بالكبر

1. العوامل الجسمية

a. اضطراب الرؤية والسمع والاستجابة المناعية.

b. نقص الكتلة والقوة العضلية.

c. زيادة المخزون الدهني.

d. تخلخل العظام.

e. انخفاض وظيفة الجهاز الهضمي.

f. نقص الوظيفة الكلوية والرئوية.

g. فقدان التحكم بالمثانة.

h. نقص الاستجابة الفيزيولوجية لتغيرات درجة الحرارة.

2. العوامل العصبية

a. نقص وزن الدماغ.

b. زيادة حجم البطينات والأخاديد الدماغية.

c. نقص الجريان الدموي للمخ.

d. توجد الصفائح الشيخوخية والتشابكات الليفية العصبية في دماغ كبير السن بشكل طبيعي، ولكن إلى درجة أقل مما هو موجود في العته من نمط Alzhiemer.

e. نسيان صغائر الأمور. يمكن أن تحدث في الشخص كبير السن الطبيعي مشكلات طفيفة في الذاكرة ولكنها لا تتداخل مع الأداء الطبيعي (المريض قد ينسى الموعد مع الطبيب ولكن يكون أنيقاً ويعيش بشكل مستقل).

f. غياب أي مرض دماغي يبقى حاصل الذكاء (IQ) بشكل طبيعي ثابتاً مدى الحياة.

C. **العوامل النفسية الاجتماعية المرتبطة بالكبر**

1. بالرغم من أن بعض الكهول يعانون من شعور بالفشل واليأس بما يتعلق بحياتهم فإن أغلبهم راضون وفخورون بإنجازاتهم (سلامة الذات).

2. العوامل المرتبطة بطول العمر:

a. الزواج وأنظمة الدعم الاجتماعي الأخرى.

b. التعليم المتقدم.

c. النشاط الجسمي والمهني المستمر.

II. الإمراضية النفسية في الكهل

A. الاكتئاب

1. الاكتئاب هي المشكلة العقلية الأكثر شيوعاً في الكهولة، الانتحار هو أكثر شيوعاً بمرتين في الكهول منه في عامة السكان.

2. يرتبط الاكتئاب مع الخسارات الشائعة نتيجة التقدم بالعمر مثل:

a. موت أفراد العائلة والأصدقاء.

b. ضمور الحالة الاجتماعية (التقاعد).

c. فقدان الصحة.

3. بما أن الاكتئاب في الكهل يترافق غالباً مع مشكلات في الذاكرة والإدراك فإن الاكتئاب يمكن أن يشخص خطأ كاضطراب الزهايمر Alzheimer d. (العته الكاذب).

4. وعلى العكس يتظاهر نقص الأداء الإدراكي في الكهل في مراحله الباكرة كاكتئاب أو قلق.

5. علاج الاكتئاب في الكهل يشمل على العلاج النفسي الداعم ومضادات الاكتئاب، خصوصاً التي تترافق مع فعالية مضادة للكولين قليلة مثل مثبطات إعادة التقاط (قبط) السيروتونين الانتقائية (SSRIs) وثلاثيات الحلقة ثنائية الأمين، يفيد أيضاً العلاج بالصدمة الكهربائية (ECT) (الجدول 6-1)، انظر أيضاً (الفصول 13 و 25).

B. المشكلات النفسية الأخرى

1. تكون الاضطرابات النفسية الأخرى أكثر شيوعاً في الكهل من الأشخاص الشباب بسبب الحالات المولدة للقلق (مرض جسمي) والوفيات وحالات الشدة المرتبطة بتقدم السن.

2. اضطرابات الإدراك من هذيان وعته هي أيضاً أكثر شيوعاً في الكهول.

3. الأسباب الأكثر شيوعاً للهذيان في الكهل هي:

 a. مرض جسمي (احتشاء قلبي، احتشاء دماغي).

 b. عوز لفيتامين أو عناصر غذائية أخرى.

 c. تأثيرات الأدوية وتشمل التأثيرات غير المرغوب فيها وزيادة الحساسية للأدوية مثل الأدوية المضادة للكولين وكذلك التداخلات الدوائية الناتجة عن تعدد الأدوية و التأثيرات الناجمة عن نقص معدل الاستقلاب.

4. هذه الاضطرابات وعلاجها موصوفة في الجدول 6-2.

الجدول 6-1: علاج الاكتئاب في الكهل

العلاج	تعليقات	الجرعة أو برنامج العمل
مثبطات إعادة التقاط السيروتونين الانتقائية (SSRIs)	لها تأثيرات مهددة للحياة بشكل أقل من ثلاثيات الحلقة	ابدأ بجرعة منخفضة (10-20) ملغ/اليوم) من fluoxetine أو paroxetine، (25-50 ملغ/اليوم من Sertraline) وارفع الجرعة تدريجياً
مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة (TRCs)	للـ Desipramin تأثيرات مضادة للكولين أقل، يسبب Nortriptyline هبوط ضغط انتصابي أقل وله تأثيرات قلبية أقل	ابدأ بجرعة منخفضة (10-25) ملغ/اليوم) وارفع الجرعة تدريجياً
مثبطات مونوأمين أكسيداز MAOs	بما أن كثيراً من الكهول لديهم فرط ضغط فإنه توجد مخاوف إضافية من حدوث أزمة فرط ضغط بعد تناول الأطعمة الحاوية على التيرامين، كما تحدث تداخلات دوائية خاصة مع المركنات (meperidine) والمنبهات (dextroamphetamine)	ابدأ بجرعة منخفضة من Phenelzine (15 ملغ/ اليوم) وارفع الجرعة تدريجياً، انتبه جيداً إلى الحمية والتدخلات الدوائية.
العلاج بالصدمة الكهربائية ECT	فعالة وربما أكثر أماناً من مضادات الاكتئاب في الكهل	أعط سلسلة من ثمانية جلسات على مدى 2-3 أسابيع، فيما بعد يمكن أن يفيد علاج الصيانة بالصدمة الكهربائية.

الجدول 6-2: الاضطرابات النفسية الشائعة الأخرى في الكهل وعلاجاتها

الاضطراب	العلاج
الأرق	تحسين العادات الصحية للنوم (انظر الفصل 8)، البنزوديازيبنات المنومة والمنطرحة بسرعة (Temazepam) لاستعمال قصير الأمد فقط، المنومات غير المشتقة من البنزوديازين (Zolpiden)
اضطرابات التكيف	علاج نفسي قصير الأمد، نادراً ما يحتاج للأدوية
اضطرابات القلق	علاج نفسي داعم، مضادات الاكتئاب ومضادات القلق وتشمل البنزوديازيبنات (تجنب الأدوية طويلة التأثير التي تتراكم في الأنسجة الدهنية)، Buspirone (البدء بـ 5 ملغ / اليوم) يسبب نعاس أقل و سوء استعمال أقل ولكن يستغرق التأثير الدوائي العلاجي عدة أسابيع ، تؤمن مضادات الهيستامين مثل: Diphenhydramin نعاساً مع احتمال سوء استعمال أقل من البنزوديازيبنات
الاضطرابات المتعلقة بالكحول (غالباً غير محددة ولكن توجد في 10-15% من الكهول)	برنامج الكحوليين المجهولين Alcoholics Anonymous أو أي برنامج آخر مؤلف من 12 مرحلة، علاج نفسي داعم، استبعد الأمراض النفسية المرافقة (التشخيص الثنائي)، الإضافات الغذائية وخاصة الفيتامين B. وتستبعد الأمراض النفسية المرافقة للموت Comorbid.
المراقية	ابحث عن الاكتئاب، زيادات منتظمة لتحري العلامات الموضوعية لمرض ما ولتوفير الاطمئنان للمريض.
الاضطراب التوهمي	مضادات الذهان (مضادات الذهان الأكثر قوة هي الأقل نعاساً، ابدأ بـ 1 ملغ / اليوم هالوبيريدول أو 2 ملغ Trifluoperazin، مضادات الذهان غير النموذجية مثل risperidone ، العلاج النفسي
الهذيان	علاج المرض المستبطن دوائياً أو جراحياً.
العته (مع أو بدون أعراض ذهانية)	علاج الأعراض المصاحبة (قلق، اكتئاب)، حالياً لا يوجد علاج دوائي طويل الأمد فعال للعته من نمط Alzhiemer بالرغم من أن الأدوية المضادة للكولين استراز (مثل donepezil 5-10 ملغ/يوم) يمكن أن تبطئ من سير المرضى في بعض المرضى.

III. الموت والفقدان

A. الاستجابات العاطفية للموت أو الفقدان

1. عندما يواجه المريض موت أو فقدان عضو من الجسم (استئصال ثدي - اعتلال شبكية سكري) فإنه يعاني من خمس تغيرات أو مراحل عاطفية نوعية (وضعت أولاً من قبل Kübler-Ross).

2. يمكن أن تحدث هذه المراحل بأي ترتيب أو في نفس الوقت ولا يعاني كل مريض من كل المراحل.

3. مراحل الموت

a. الإنكار: يرفض المريض تصديق أن لديه مرض انتهائي (مثال: يوجد خطأ في التقرير المخبري).

b. الغضب: يلوم المريض الآخرين لتسببهم بالمرض (مثال كان يتعين على الطبيب أن يجعلني أزوره أكثر من ذلك).

c. المقايضة: يستعمل المريض آلية التعطيل الدفاعية undoing (لن أدخن أبداً ثانية فيما إذا اختفى الورم).

d. الاكتئاب: يصبح المريض هادئاً ومنفصلاً وحزيناً (أشعر وكأني أستسلم الآن).

e. القبول: يقبل المريض بقدره بشكل نهائي (رتبت شؤوني وأنا الآن جاهز للرحيل).

B. الحزن الطبيعي (الفقدان Bereavement) مقابل الحزن غير الطبيعي (الاكتئاب)

1. بعد خسارة كبيرة (موت شخص محبب) يتوقع أن يحدث ارتكاس حزن طبيعي.

2. بعد هكذا خسارة يجب أن نميز الحزن الطبيعي أو الفقدان عن الحزن غير الطبيعي أو الاكتئاب (حادثة اكتئابية رئيسة، اضطراب سوء المزاج Dysthymic d.، (الجدول 6-3).

الجدول 6-3: المقارنة بين الحزن الطبيعي (الفقدان) والحزن غير الطبيعي (الاكتئاب)

الحزن الطبيعي	الحزن غير الطبيعي
• امرأة بعمر 68 سنة توفي زوجها منذ 4 أشهر تبدو متأنقة وتقول بالرغم من أنها غالباً ما تشعر بالحزن لكن تستمتع بتمضية الوقت مع أبنائها	• امرأة بعمر 68 سنة توفي زوجها منذ 4 أشهر تبدو وسخة وغير مرتبة، فقدت 12 باونداً من وزنها وترفض مغادرة منزلها أو التفاعل مع أصدقائها والعائلة
• خسارة وزن صغيرة	• خسارة وزن مهمة.
• اضطرابات نوم معتدلة	• اضطرابات نوم مهمة
• شعور معتدل بالذنب	• شعور قوي بالذنب وعدم القيمة
• انخداعات (يظن شخصاً حياً أنه ذلك الميت)	• هلوسات و توهمات (سماع الشخص الميت يتكلم)
• محاولات للعودة إلى العمل والنشاط الاجتماعي	• استئناف ضعيف إذا وجد للنشاط الاجتماعي
• تبدي الحزن	• تفكر أو تحاول الانتحار
• أعراض شديدة تزول خلال شهرين	• أعراض شديدة تستمر أكثر من شهرين
• أعراض متوسطة تخبو خلال سنة واحدة	• أعراض متوسطة تستمر أكثر من سنة
• العلاج يشمل زيادة المكالمات الهاتفية والزيارات للطبيب، علاج نفسي داعم وبنزوديازينات قصيرة التأثير (لكن ليس الباربيتورات) لمشكلات النوم الحادة	• العلاج يشمل مضادات الاكتئاب، مضادات الذهان أو العلاج بالصدمة الكهربائية.



الإساءة إلى الطفل والبالغ والإهمال

Child and Adult Abuse and Neglect

I. مقدمة عن الإساءة للطفل

A. أنماط الإساءة للطفل

1. الإساءة الجنسية Sexual abuse
2. الإساءة الجسمية متلازمة الطفل المضطهد (The "battered child S.").
3. الإهمال العاطفي (الامتناع عن الحب والانتباه الوالدي والرفض).

B. الحدوث والإنذار

1. إساءة الطفل المبلغ عنها في ازدياد بالرغم أن معظم الحالات لا تزال غير مبلغ عنها.
2. البالغون الذين تعرضوا للإساءة عندما كانوا أطفالا لديهم غالباً قلق واكتئاب واضطرابات سوء استعمال المادة واضطرابات انفصالية واضطراب الشدة ما بعد الرض .Posttraumatic stress d وهم في خطورة كبيرة للإساءة إلى أطفالهم.

C. دور الطبيب

1. تبعاً إلى قانون كل بلد فإن الطبيب يجب أن يبلغ عن أي إساءة جسدية أو جنسية محتملة لطفل إلى سلطة اجتماعية خدمية مناسبة.

2. الطبيب أيضاً يجب أن يدخل الطفل إلى المشفى للحماية عند الضرورة وتدبير مراقبته من قبل سلطة خدمية اجتماعية.

3. ليس مطلوب من الطبيب أن يبلغ الوالدين بشكّه في الإساءة للطفل وهو لا يحتاج على موافقتها على إدخال الطفل إلى المشفى.

II. الإساءة الجنسية للطفل

A. الخصائص

1. أغلب المسيئين للطفل جنسياً هم من الذكور.

2. الطفل عادة يعرف المسيء (عم، أب، صديق الأم، أحد معارف العائلة)، أقل من 5% من المسيئين الجنسيين هم غرباء عن الطفل.

3. علامات الإساءة الجنسية في الأطفال مبينة في (الجدول 7-1).

B. الحدوث

1. يبلغ الآن عن الإساءة الجنسية أكثر من السابق، يبلغ عن 25000 حالة سنوياً.

2. أغلب الأطفال المتعرضين للإساءة الجنسية هم بعمر 9-12 سنة و25% هم أصغر من 8 سنوات.

3. 25% من كل البنات و 12% من كل الصبيان يبلغون عن إساءة جنسية في وقت ما خلال حياتهم.

C. خصائص المسيء

1. سوء استعمال المادة.

2. مشكلات زوجية وليس لديه شريك جنسي متبادل مناسب.

3. غير ناضج، شخصية اعتمادية.

4. أحياناً يوجد لديه غلمانية True pedophilia (رغبة جنسية مفضلة لديه في الأطفال، (انظر الفصل 17).

الجدول 7-1: دليل الإساءة

	لقطة لمريض	دليل إساءة
الإساءة الجنسية للطفل	بنت بعمر 4 سنوات تقول للطبيب إن صديق والدتها طلب منها أن تقبل قضيبه. لا يلاحظ أي علامات بالفحص الفيزيائي للطفلة	• معرفة نوعية لأفعال جنسية (لعق القضيب) عند طفل. • مرض تناسلي أو شرجي. • إنتانات بولية متكررة • بدء متزايد للنشاط الجنسي مع الأصدقاء
الإساءة الجسمية للطفل	أحضرت بنت بعمر 5 أشهر إلى قسم الإسعاف غائبة عن الوعي. بينما لم تشاهد أذيات ظاهرة. يظهر الفحص الفيزيائي ورماً دموياً تحت الجافية ونزوفاً في الشبكية وانفصال شبكية (متلازمة الطفل المرتج shocken baby s. نتيجة لرج الطفل لإيقاف بكائه). يقول الوالدان للطبيب إن الطفلة سقطت من سريرها	• إهمال مثل سوء العناية الشخصية (اندفاعات مكان الحفاض، شعر وسخ) والافتقار للتغذية الجيدة • كدمات خصوصاً في مناطق ليست معرضة للتأذي خلال اللعب الطبيعي مثل الردفين أو أسفل الظهر أو أذيات داخل بطنية. • علامات جسمية لتقييد نتيجة الربط إلى سرير أو كرسي. • كسور بمراحل شفاء مختلفة أو كسور حلزونية نتيجة للي الأطراف. • حروق بالسجائر • حروق على القدمين والردفين بسبب الغمر في مياه حارة. • علامات لحزام.

	لقطة لمريض	دليل إساءة
الإساءة للمسن	رجل عجوز بعمر 83 سنة مصاب بعته معتدل أحضر إلى قسم الإسعاف من قبل ابنته التي تسكن معه. تفوح منه رائحة البول ويعاني من سوء تغذية وكدمات على ساعديه وينكر أن أحد ما قد سبب أي أذية له.	• إهمال مثل سوء العادات الصحية والافتقار إلى التغذية الجيدة والأدوية أو المساعدات الصحية (نظارات، جهاز سني) • علامات جسمية لتقييد نتيجة الربط إلى سرير أو كرسي • كسور بمراحل شفاء مختلفة أو كسور حلزونية نتيجة للي الأطراف

III. الإساءة الجسمية للأطفال

A. الخصائص

1. عموماً يسيء الوالدان جسمياً إلى أطفال محددين فقط (هؤلاء الذين يعتبرون بطيئين ومختلفين أو صعب التحكم بهم) و يعفون عن آخرين.
2. خصائص الإساءة الجسمية للطفل بما فيها متلازمة الطفل المرتج shaken baby s. مبينة في (الجدول 7-1).

B. الحدوث

1. تحدث سنوياً أكثر من مليون حالة إساءة جسمية جديدة مثبتة و 2000-4000 وفاة ناتجة عن الإساءة.
2. الأم هي المسيء الأكثر شيوعاً.
3. الأطفال الصغار هم الأكثر عرضة للإساءة: 33% من الأطفال المتعرضين للإساءة الجسمية هم أصغر من 5 سنوات، 25% هم بين 5-9 سنوات.

C. خصائص المسيء

1. قصة شخصية لاعتداء من قبل ولي الأمر أو القرين.
2. سوء استعمال المادة.
3. فقر.
4. عزلة اجتماعية.

D. خصائص الطفل المتعرض للإساءة

1. خداجة أو وزن منخفض عند الولادة.
2. فرط نشاط أو إعاقة جسمية صغيرة.
3. ممغوص أو سريع الاهتياج عندما كان رضيعاً.
4. التماثل الجسمي مع المسيء غائب أو رافض له أو يمكن أن يكون شريك مسيء.

IV. الإساءة الجسمية للكهل وإهماله

A. الخصائص

1. أكثر الكهول المتعرضين للإساءة لديهم درجة معينة من العته.
2. المسيء الأكثر احتمالاً للشخص الكهل هو القرين، وفي حال كان الشخص المساء إليه أرملاً يكون المسيء الأكثر احتمالاً هو الابنة أو الابن الذي يعيش معه (وغالباً يدعمه مادياً).

B. الحدوث

حوالي 1 مليون حالة من إساءة للمسنين يبلغ عنها سنوياً في أمريكا بالرغم من أن أغلب الحالات لا يبلغ عنها.

C. دور الطبيب في الإساءة للكهول

1. نموذجياً الشخص الكهل المتعرض للإساءة لا يبلغ عن الإساءة وعوضاً عن ذلك يقول بأنه وقع أو أذى نفسه.
2. علامات الإساءة للمسن مبينة في (الجدول 7-1).
3. عند الشك بأن شخصاً مسناً قد أسيء إليه يجب على الطبيب كتابة تقرير بالحالة إلى الجهة الاجتماعية المناسبة.

الجدول 7-2: خصائص المسيئين والشركاء المنزليين المساء إليهم

المسيء	الشريك المساء إليه
سوء استعمال كحولي أو دوائي.	اعتماد مالي أو عاطفي على المسيء، حمل (الأذيات
اندفاعية وتحمل سيئ للإحباط.	غالباً على الثديين والبطن "منطقة الولد") اعتمادية
تحويل مشاعر الغضب إلى الشريك	توبيخ الذات
تقدير ضعيف للذات	تقدير ضعيف للذات

V. الإساءة الجسمية والجنسية للشركاء المنزليي

A. تحدث سنوياً 2 مليون حالة إساءة منزلية، لا يبلغ عن كثير من الحالات، المسيء على الغالب هو ذكر.

B. يشمل الدليل الجسمي على كدمات (عيون مسودّة، كدمات على الثديين) وكسور العظام.

C. الشريك المساء إليه لا يغادر المسيء لأنه:

1. ليس لديها أي مكان تذهب إليه.
2. هددها المسيء بالقتل إذا غادرت.

D. حلقة الإساءة

1. يأخذ التوتر في المسيء سبيله إلى الذروة.
2. سلوك الإساءة (الضرب).
3. سلوك اعتذاري ومتسم بالحب من قبل المسيء تجاه الضحية.

E. يجب على الطبيب الذي يشك بالإساءة المنزلية أن يوفر دعماً عاطفياً إلى الشريك المساء إليه ويحيلها إلى ملجأ أو برنامج مناسب ويشجعها على التبليغ عن الحالة إلى المسؤولين عن تنفيذ القانون. يكون التبليغ المباشر من قبل الطبيب (كما هو في الإساءة للأطفال) غير مناسب، لأن الضحية هو إنسان بالغ وسوي.

F. خصائص المسيء والمساء إليه مبينة في (الجدول 7-2).

VI. الإساءة الجنسية للبالغ: الاغتصاب والجرائم المتعلقة به

A. امرأة بعمر 33 سنة لديها طفل بعمر 4 سنوات أتت إلى قسم الإسعاف وأعلنت أنها اغتصبت من قبل صديقها منذ يومين. لا يظهر الفحص دليل جسدي على اغتصاب (لا أذيات، لا سائل منوي)، تبدو قلقة وغير مرتبة وتائهة.

B. اعتبارات قانونية

1. يعرّف الاغتصاب قانونياً بأنه "اعتداء جنسي" أو "اعتداء جنسي متفاقم" ويشمل على اتصال جنسي بدون موافقة. يمكن أن يحدث الاختراق لقضيب أو لأصبع أو أشياء أخرى أو لا يحدث، ولا يشترط حدوث الانتصاب أو القذف.
2. يمكن أن يستعمل المغتصب الواقي الذكري لتجنب تحديد الـ DNA أو لتجنب الإصابة بفيروس عوز المناعة المكتسب (HIV) أو بما أنه قد

يعاني من صعوبة في الانتصاب أو القذف فإنه قد لا يوجد سائل في في مهبل ضحية الاغتصاب.

3. اللواط Sodomy تعني الاختراق الفموي أو الشرجي، يمكن أن يكون الضحية ذكراً أو أنثى.

4. ليس مطلوب من الضحية أن تثبت أنها قاومت المغتصب لكي يكون مداناً، يدان المغتصب في الآونة الأخيرة حتى لو توسلت الضحية له من أجل استعمال الواقي الذكري.

5. بشكل عام لا تقبل أي معلومات عن الضحية (نشاط جنسي سابق، ألبسة مثيرة أثناء الاعتداء) كدليل في محاكمة المغتصب.

6. في الكثير من الدول يمكن أن يحاكم الأزواج لاغتصاب زوجاتهم، إن إجبار أي أحد في المشاركة في نشاط جنسي هو غير قانوني.

7. يمكن أن يعتبر الجنس الاتفاقي اغتصاباً (اغتصاب قانوني Statutory rape) إذا كانت الضحية أصغر من 16 أو 18 سنة (وفق قانون كل ولاية) أو كانت معاقة جسمياً أو عقلياً.

8. الاغتصاب هو جريمة سببها العنف وليس الحب.

C. خصائص المغتصب

1. أغلب المغتصبين هم أصغر من 25 سنة.

2. المغتصب عادة يكون من نفس عرق الضحية ومعروف للضحية.

3. يحدث اجتراع الكحول في ثلث حالات الاغتصاب على الأقل.

D. خصائص الضحية

1. ضحية الاغتصاب النموذجية هي بين عمر 16-24 سنة بالرغم أنه يمكن أن تكون الضحية متوسطة العمر أو حتى كهلة.

2. يحدث الاغتصاب غالباً داخل منزل الضحية.
3. يمكن أن تغيب الأذيات المهبلية وخاصة في المرأة الخروس.

E. **الآثار الناجمة عن الاغتصاب**

1. لأسباب كثيرة بما فيها الخجل والخوف من الانتقام والصعوبات في إثبات تهم الاغتصاب فإن 25% فقط من حالات الاغتصاب يبلغ عنها إلى الشرطة.
2. توبيخ الضحية هو أمر شائع في حالات الاغتصاب.
3. يتفاوت طول فترة الشفاء العاطفي بعد الاغتصاب ولكنها عموماً سنة واحدة على الأقل، يحدث اضطراب الشدة ما بعد الرض أحياناً بعد الاغتصاب (انظر الفصل 14).
4. التدبير الأكثر فعالية هو العلاج الجماعي مع ضحايا اغتصاب آخرين.
5. دور الطبيب في متابعة حالات الاغتصاب موصوف في (الجدول 7-3).

الجدول 7-3: دور الطبيب في متابعة ضحايا الاغتصاب

مباشرة بعد الحادثة
• خذ قصة المريض (كن داعماً ولا تحاكم).
• لا تتساءل صدق المحاكمة العقلية للمريض.
• قم بالفحص الفيزيائي العام.
• اطلب الاختبارات المخبرية (زرع من أجل الأمراض المنتقلة بالجنس من المهبل والشرج والبلعوم، اختبار وجود السائل المنوي)
• وصف الصادات الحيوية الواقية ووسائل منع الحمل بعد الجماع (مثل "mifeprex" mifepristone-RU486) إذا كانت ضرورية.
• شجع المريض على إبلاغ الشرطة.

2-1 و 7 أيام بعد الحادثة
• أجر مقابلة مع المريض وناقش الآثار العاطفية والجسمية للاغتصاب (أفكار انتحارية، نزف مهبلي) • أجر اختبار الحمل. • اسمح للمريض بالتعبير عن غضبه. • أحل المريض من أجل الاستشارة. • تابع الأمور القانونية.
بعد 6 أسابيع
• أعد تقييم الحالة الجسمية للمريض. • أعد اختبار الأمراض المنتقلة بالجنس. • أعد اختبارات الحمل. • أحل المريض من أجل علاج نفسي طويل المدى إذا كان ضرورياً.



النوم الطبيعي واضطراب النوم

Normal Sleep and Sleep Disorders

I. النوم الطبيعي

A. **حالة اليقظة:** تميز موجات بيتا وألفا التخطيط الدماغي الكهربائي (EEG) للشخص المستيقظ.

1. موجات بيتا ترى في التركيز العقلي الفعال.

2. موجات ألفا ترى عندما يسترخي الشخص وعيناه مغلقتان.

B. **حالة النوم:** تبدي الموجات الدماغية خلال النوم تغيرات مميزة (الجدول 8-1).

1. يقسم النوم إلى نوم ذي حركة عين سريعة (rapid eye movement (REM ونوم بلا حركة عين سريعة يتألف من مراحل 1، 2، 3، 4. المرحلتان 3 و 4 معاً يدعيان دلتا أو نوم الموجة البطيئة.

2. بنية النوم فيها تحول من مرحلة نوم إلى أخرى (الجدول 8-1).

3. خلال النوم ذي حركة العين السريعة تحدث مستويات عالية من الفعالية الدماغية.

a. الزمن الوسطي لحدوث أول فترة نوم ذي حركة عين سريعة بعد الاستغراق في النوم هو 90 دقيقة (كمون REM latency : REM).

b. تحدث فترات REM لمدة 10 – 40 دقيقة كل 90 دقيقة خلال الليل.

c. الشخص المحروم من النوم REM لليلة واحدة (بسبب نوم غير كاف أو إيقاظ متكرر) يكون لديه زيادة نوم REM في الليلة التالية REM rebound

d. إن افتقاد REM الطويل أو الحرمان الكلي من النوم قد يؤدي أيضاً إلى قلق أو أعراض ذهانية.

C. **النواقل العصبية المشاركة في حدوث النوم**

1. مستويات زائدة من الدوبامين تنقص من زمن النوم الكلي، إن المعالجة بمضادات الذهان التي تثبيط مستقبلات الدوبامين يمكن أن تحسن النوم.

2. مستويات زائدة من النورابينفرين تنقص كلاً من زمن النوم الكلي ونوم REM.

3. مستويات زائدة من السروتونين تزيد كلاً من زمن النوم الكلي والنوم من نوع دلتا (الموجات البطيئة)، تخريب أنوية Raphe الظهرية التي تنتج السروتونين ينقص كلاً من هذه القياسات.

4. مستويات زائدة من الأستيل كولين تزيد كلاً من زمن النوم الكلي ونوم REM.

II. **أسباب اضطرابات النوم**

A. **الأسباب الجسمية**

1. حالات طبية (ألم، اضطرابات غدد صم).

2. سحب الأدوية المهدئة (الكحول، البنزوديازيبينات، الفينوثيازين، الماريجوانا، الأفيونات).

3. استعمال منبهات الجهاز العصبي المركزي (الكافيئين، الامفيتامينات).

الجدول 8-1: خصائص مراحل حالة النوم

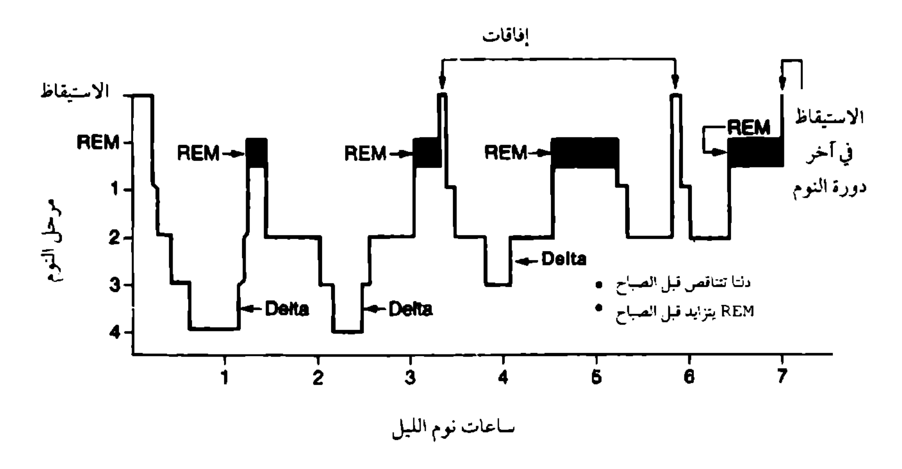
مرحلة النوم	أمواج الدماغ المرافقة	زمن النوم في البالغين الشباب	الخصائص
اليقظة	بيتا	-	تركيز عقلي فعال
	ألفا	-	استرخاء مع عينين مغلقتين
المرحلة 1	تيتا	%5	أخف مراحل النوم وتتميز بالاسترخاء والنبض والتنفس البطيء وانخفاض الضغط الدموي وحركات جسم عرضية
المرحلة 2	مغازل نوم ومركب K	%45	أكبر نسبة من زمن النوم
المرحلة 3 و4	دلتا (نوم موجة بطيئة)	%25 ينقص مع العمر	مرحلة النوم الأكثر عمقاً واسترخاءً يمكن أن تحدث اضطرابات النوم مثل الرعب الليلي والمشي أثناء النوم وسلس البول الليلي
نوم حركة العين السريعة (REM)	"أسنان المنشار"، بيتا، ألفا، تيتا	%25	الأحلام، انتعاظ القضيب والبظر؛ ارتفاع فعالية القلب والأوعية، غياب حركة العضلات الهيكلية

4. التقدم في السن يترافق بإفاقات ليلية متكررة وتراجع نوم REM ودلتا (الموجة البطيئة)

B. الأسباب النفسية

1. المرضى المصابون بالاضطراب الاكتئابي الكبير لديهم بدء نوم طبيعي مع إفاقات متكررة أثناء النوم ويستيقظون باكراً جداً في الصباح (أرق انتهائي) تحدث فترة قصيرة من كمون REM (أي تحدث حركات العين السريعة خلال دقائق من البدء في النوم) ومن ثم فترة REM أولى طويلة وزيادة REM مبكراً في الليل ومن تنقص REM لاحقاً في الليل وقد يحدث نقص النوم دلتا (الموجة البطيئة).

2. المرضى بالهوس أو تحت الهوس لديهم مشكلة في البدء بالنوم ويحتاجون إلى نوم قليل.



الشكل 8-1 بنية النوم لدى بالغ شاب طبيعي REM حركة عين سريعة.

3. المرضى باضطراب القلق لديهم غالباً مشكلات في البدء بالنوم.

III. تصنيف اضطرابات النوم

يصنف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الرابع المعدل (DSM-IV-TR) اضطرابات النوم إلى صنفين رئيسين:

A. **عسر النوم Dyssomnias** وتتميز بمشكلات في توقيت وجودة وكمية النوم وتشمل الأرق، فرط النوم، السَبَخ Narcolepsy واضطراب النوم المرتبط بالتنفس (انقطاع التنفس أثناء النوم Sleep apnea واضطراب النوم ذو النظم الثنائي.

B. **Parasomnias** تتميز بشذوذات في الفيزيولوجيا والسلوك أثناء النوم وتشمل المشي أثناء النوم، اضطراب رعب النوم Sleep Terror d. والاضطرابات الكابوسية nightmare disoreders.

C. **الأرق، السَبَخ، اضطراب النوم** المرتبط بالتنفس كلها موصوفة في الأسفل في (الجدول 8-2).

IV. الأرق

A. **الأرق** هو صعوبة البدء بالنوم أو في البقاء نائماً بحيث يحدث ثلاث مرات في الأسبوع لمدة شهر واحد على الأقل مما يؤدي إلى النعاس خلال النهار أو التسبب بمشكلات في إنجاز الالتزامات المهنية والاجتماعية.

B. **الأرق** يترافق مع القلق ويمكن أن يكون علامة مبكرة لبدء اضطراب اكتئابي أو ذهاني شديد.

C. يجب أن يسأل المرضى عن استعمال أو الانسحاب عن أدوية شائعة (كافيئين، كحول، بنزوديازينات).

D. بعض الناس الذين يدّعون الأرق هم مدمنون على المهدئات يبحثون عن الأدوية.

الجدول 8-2: اضطرابات النوم الرئيسة

الاضطراب (الحدوث بين السكان)	لقطة لمريض	المسببات	العلاج
الأرق (30%)	رجل بعمر 28 سنة يقول بأن أغلب لياليه في السنة الأخيرة يستلقي يقظاً في السرير لأكثر من ساعتين قبل البدء بالنوم ونومه متقطع ويكون متعباً في اليوم التالي ويتعرض للنسيان وغالباً ما يرتكب الأخطاء في عمله	تشمل الأسباب الفيزيولوجية حالات مرضية (ألم. أمراض غدية واستقلابية) وأدوية (كافيئين) وانسحاب، أما أكثر المسببات النفسية شيوعاً فهي القلق والاضطرابات الاكتابية	تجنب الكافيئين قبل النوم، الرياضة اليومية (لكن ليس قبل النوم)، تطوير مجموعة تصرفات متعلقة بوقت النوم (النوم الطقسي Sleep ritual أو النوم الصحي Sleep Hygiene، تقنيات الاسترخاء، استعمال محدود للبنزوديازيبنات لتنظيم نموذج نوم فعال (15-30 ملغ florazepam) أو 10 Zolpidem ملغ عند النوم (1-2) أسبوع، مضادات الاكتئاب أو الذهان
السُبَخ 0.02-0.16%	طالبة طب بعمر 22 سنة تذهب إلى النوم عند الساعة 11 ليلاً وتستيقظ عند الساعة 7 صباحاً وتنام في المختبر كل يوم، لقد ارتكبت حوادث سير صغيرة لأنها تستغرق بالنوم أثناء القيادة	يبدأ عادة في أواخر العقد الأول أو أوائل العشرينات ويمكن أن يكون له عامل وراثي	الأدوية المنبهة methylphenidate(Ritalin) 10-60 ملغ يومياً للبالغين (وفي حال حدوث الجُمدة Cataplexy يضاف مضاد اكتاب)، modafinil(provigil) 200 ملغ مرة يومياً، قيلولات منتظمة قد تنفع
اضطراب النوم المرتبط بالتنفس (انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم (1-10%)	رجل بعمر 55 سنة ذو وزن زائد يقول بأنه ينام طوال اليوم بالرغم من نومه 8 ساعات تقول زوجته كل ليلة أن شخيره العالي يقيها مستيقظة	انسداد طرق هوائية علوية (انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم) يمكن أن يكون له عامل وراثي	تخفيض الوزن (أفضل علاج) دعم التنفس بالضغط الإيجابي المستمر (CPAP)، تصنيع اللهاة مع الحنك اللين أو خزع الرغامى (كحل أخير)

V. السَبَخ Narcolepsy

A. مرضى السَبخ لديهم هجمات نوم (يستغرقون بالنوم فجأة خلال النهار) بالرغم من نومهم فترات طبيعية خلال الليل.

B. يتميز السَبَخ أيضاً بـ :

1. هلوسات نعاسية Hypnagogic أو طاردة للنوم Hypnopompic تحدث تماماً عندما يبدأ المريض بالنوم أو عندما يستقيظ على التوالي (20-40%) من المرضى.
2. كمون REM قصير.
3. الجُمدة Cataplexy : وهط جسمي مفاجئ بسبب فقدان كل المقوية العضلية بعد تنبيه عاطفي قوي (70% من المرضى).
4. شلل النوم Sleep Paralysis يُشلّ الجسم خلاله لعدة ثواني بعد الاستيقاظ (30-50%) من المرضى.

C. يحدث السَبَخ غالباً في المراهقين والبالغين الشباب.

D. يتضمن التشخيص التفريقي الحرمان من النوم، انقطاع التنفس أثناء النوم مما يؤدي إلى نعاس أثناء النهار، سوء استعمال الأدوية المهدئة، الانسحاب عن الأدوية المنبهة.

VI. اضطراب النوم المرتبط بالتنفس (انقطاع التنفس أثناء النوم)

A. المرضى المصابون بانقطاع التنفس أثناء النوم يتوقف تنفسهم مؤقتاً، يوقظ المستوى العالي لثاني أكسيد الكربون والمنخفض للأكسجين في دم المريض بشكل متكرر خلال الليل مما يتسبب في نعاس أثناء النهار.

1. المرضى المصابون بانقطاع التنفس المركزي أثناء النوم Central sleep apnea (أكثر شيوعاً في الكهول) لا يحدث لديهم جهد تنفسي.

2. في المرضى المصابون بانقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم الذي يكثر شيوعه في الرجال بنسبة 1:8 بعمر 40-60 سنة والبدينين Pickwickion S. يحدث جهد تنفسي لكن يمنع الانسداد التنفسي الهواء من الوصول إلى الرئتين، المرضى غالباً يشخرون.

B. **التشخيص التفريقي:** يشمل السبخ، فرط النوم بسبب الاكتئاب، نوبات الهلع الليلية، استعمال الأدوية المهدئة، الانسحاب عن الأدوية المهدئة.

C. انقطاع التنفس أثناء النوم يرتبط مع الاكتئاب والصداع وفرط الضغط الرئوي. وأيضاً قد يسبب الموت المفاجئ أثناء النوم لدى المسنين والرضع.

VII. اضطرابات النوم الأخرى

A. اضطراب رعب النوم .Sleep Terror d هو معاناة متكررة من الرعب يصرخ فيها الشخص من الخوف (يكون طفلاً عادة).

1. يحدث رعب النوم خلال مرحلة نوم دلتا (الموجة القصيرة)، قد تتفتح عينا الطفل لكنه لا يستطيع الاستيقاظ ولا يستطيع تذكر الحلم في اليوم التالي.

2. يبدأ رعب النوم في المراهقة ويمكن أن يشير إلى صرع الفص الصدغي.

B. **الاضطراب الكابوسي:** .Nightmare d ويتميز بأحلام مرعبة متكررة تسبب إيقاظات كابوسية، تحدث خلال نوم REM، يستطيع الشخص عادة تذكر الحلم.

C. **اضطراب المشي أثناء النوم:** يبدأ في مرحلة الطفولة (بعمر 4-8 سنوات عادة) يمشي الطفل في الجوار بدون أن يكون واعياً ولا يتذكر الحادثة ويكون المشي أثناء النوم متكرراً ويحدث خلال نوم دلتا (الموجة القصيرة).

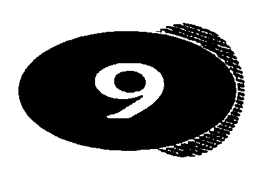
D. **اضطراب النوم ذو النظم الثنائي** ويسبب نموذجاً من نوم واستيقاظاً في أوقات غير مناسبة.

E. **الرمع العضلي الليلي ومتلازمة تململ القدم Restless leg S.** وهما عبارة عن تقلصات عضلية متكررة في القدمين وحركات متكررة في القدمين على التوالي كلاهما يمكن أن يسبب استيقاظاً ويعالجان عادة بواسطة clonazepam (2-0.5 ملغ على جرعات متعددة).

F. Kleine- Levin S. وهي حالة نادرة تصيب مبدئياً المراهقين الذكور تسبب فترات متكررة من فرط النوم وفرط الأكل تدوم كل منها 1-3 أسبوع.

G. سُكْر النوم Sleep drunkenness تتميز بصعوبة الصحو التام بعد نوم كافٍ. وترافقها عوامل وراثية.

H. المتلازمة المترافقة مع الطمث Menstrual-associated S. تتميز بفرط نوم وفرط أكل يحدثان في الفترة ما قبل الطمث.



الاضطرابات الإدراكية

Cognitive Disorders

انص

ملامات المميزة للاضطرابات الإدراكية (كانت تدعى سابقاً تلازمة العقلية العضوية) هي مشكلات إدراكية مثل عوز في ذاكرة والتوجه والمحاكمة والأداء العقلي.

دث تغيرات المزاج والقلق والاهتياج والزورية والذهان في حال جودها كنتيجة لفقدان الإدراك.

ضطرابات الإدراكية الرئيسة هي:

الهذيان Delirium

العته Dementia

الاضطرابات النسيانية .Amnestic d.

بيات

دث الاضطرابات الإدراكية مبدئياً بسبب شذوذات في كيميائية نية وفيزيولوجية الدماغ.

شأ المشكلة في الدماغ أو كاضطراب ثانوي لمرض جهازي.

II. الهذيان

A. الخصائص

1. يتميز الهذيان بتغيم في الوعي مع فترات من الصحو مع صعوبة في التوجه والانتباه بسبب سوء وظيفة الجهاز العصبي المركزي.
2. في البداية يفقد المريض التوجه للزمن ومن ثم للمكان وفي النهاية للأشخاص.
3. يبدو المريض مفرط النشاط أو ناقص النشاط وقلق وفي حالة تخليط، تكون اضطرابات النوم وانقلابات النوم وسوء وظيفة الجهاز الذاتي شائعة.

B. الحدوث

1. للهذيان أسباب كثيرة وهي المتلازمة النفسية الأكثر شيوعاً في المرضى المدخلين الى المشفى وهو يصيب ثلث المرضى في وحدات العناية الجراحية والقلبية.
2. الهذيان هو أكثر شيوعاً في الأطفال والكهول والمرضى المصابين بأذية دماغية سابقة.
3. يحدث الهذيان عادة خلال مرض حاد في مريض بدون أي سوابق لمرض نفسي.

C. التشخيص التفريقي والسببيات

1. الأمراض التي تشبه الهذيان هي العته والذهان والاكتئاب.
2. الهذيان هو الوحيد بين الاضطرابات النفسية الذي يكون فيه تخطيط الدماغ الكهربائي غير طبيعي مظهراً فعالية لموجات سريعة أو تباطؤاً معمماً.

3. **الأسباب الأكثر شيوعاً للهذيان أربعة هي :**

a. أمراض وأذيات الجهاز العصبي المركزي (التهاب السحايا، رضوض الرأس).

b. مرضى جهازي (كبدي، كلوي، قلبي، وعائي، رئوي).

c. سوء استعمال دوائي (phencyclidine، المهدئات، الكحول).

d. انسحاب دوائي وخاصة عن المهدئات (كحول، بنزوديازيبنات، باربيتورات).

4. تتضمن الأسباب الأخرى الترفع الحروري (الحمى)، فقدان الوعي، الحالات ما بعد العمل الجراحي، الأدوية خاصة مضادات الكولين.

D. الإنـــذار

1. الإنذار جيد إذا عولج المرض المستبطن بفعالية.

2. يمكن أن يتطور الهذيان غير المعالج إلى العته أو الموت.

III. العتــة

A. الخصائص

1. يتميز العته القشري بفقدان تدريجي للذاكرة والقدرات العقلية وله أسباب كثيرة. تشمل الأعراض التي تتطور لاحقاً على التخليط والذهان ومن ثم تتطور إلى السبات والموت.

2. العته تحت القشري [المشاهد في داء Huntington وداء باركنسون واعتلال الدماغ بفيروس عوز المناعة البشري المكتسب (HIV)] يتميز بعدم الثبات العاطفي مع اضطرابات الحركة.

3. تشاهد الأعراض العاطفية الثانوية (القلق، الاكتئاب) بشكل شائع في المراحل المبكرة للعته.

4. التمييز بين الهذيان والعته هام (الجدول 9-1) لأن الهذيان غالباً ما يمكن علاجه بفعالية.

B. الحـــدوث

1. يكون العته أكثر شيوعاً في الكهول، أكثر من 20% من الكهول فوق 80 سنة يكون لديهم درجة عته معينة.

الجدول 9-1: مقارنة الهذيان مع العته

الهذيان	العته
العلامات المميزة: اضطراب الوعي	العلامة المميزة: فقدان الذاكرة والقدرات العقلية
بعد أسبوع واحد من احتشاء قلبي حاد رجل بعمر 56 سنة بدون قصة لمرض نفسي يصبح متهيجاً ويقول إنه يرى حيوانات غريبة في الغرفة	أمينة سر قانونية متقاعدة بعمر 72 سنة صاحية لكنها تبدي اضطراب ذاكرة ملحوظ ولا تعرف ما هو هذا اليوم ولا تستطيع أن تحدد المرأة التي بجانبها ابنتها
الوعي مضطرب أو متغيم	الوعي غير مضطرب
يتطور بسرعة	يتطور ببطء
تقلبات مع فترات من الصحو	سير ثابت
ذهول أو اهتياج	مستوى طبيعي من الإثارة
الخداع أو هلوسات بصرية غالباً	التوهمات أو الهلوسات غير شائعة
يترافق بشكل أساسي مع القلق	يترافق بشكل أساسي مع الاكتئاب
سوء وظيفة الجهاز الذاتي	سوء وظيفة طفيف في الجهاز الذاتي
قابلية للتغير على مدى اليوم، يسوء في الليل (وقت الغروب)	تغيرات يومية طفيفة
يظهر EEG فعالية أمواج سريعة أو بطء معمم	EEG طبيعي عادة
غالباً يكون عكوساً إذا عولج السبب	عكوس مع العلاج في 15% فقط من الحالات بحسب السبب، يُطلب العلاج الدوائي للأعراض النفسية المرافقة

2. في نصف إلى ثلثي المرضى يكون الاضطراب عبارة عن عته من نمط الزهايمر Alzheimer ، تكون النساء أكثر عرضة قليلاً من الرجال.

3. ثاني الأشكال شيوعاً (15-30%) هو العته الوعائي (سابقاً كان يدعى العته عديد الاحتشاءات).

C. السببيات

1. سببيات العته من نمط Alzheimer غير معروفة. وعلى أية حال اتهمت العوامل التشريحية العصبية والفيزيولوجية العصبية والوراثية والنواقل العصبية على المستوى العياني والمجهري (الجدول 9-2).

2. أسباب العته الأخرى هي اضطراب وعائي، ورم بدني أو انتقالي، داء Huntington داء باركنسون، رض الرأس، تصلب عديد، Creutzfeldt-Jakob d.، داء بيك Pick d.

3. الإنتان بـ HIV يؤدي غالباً إلى العته.

a. HIV يصيب الدماغ مباشرة مسبباً ضموراً والتهاباً وزوال النخاعين، يمكن للعته أن ينتج عن لمفوما دماغية أو إنتان دماغي انتهازي في المريض المصاب بـ HIV.

b. يحدث الموت خلال 6 أشهر في 50-75% من المرضى بعته HIV.

D. العته من نمط Alzheimer

1. الخصائص والحدوث

a. الوعي طبيعي بالرغم من النقص الشديد في الذاكرة والصعوبات اللغوية (انظر اللقطة لمريض في الجدول 9-1).

b. تغيرات في الشخصية (غضب، زورية) والمزاج (اكتئاب).

c. بداية بطيئة وتدهور مترقٍ في الوظيفة الإدراكية.

2. التشخيص التفريقي

a. الشيخوخة الطبيعية تترافق مع نقص في القدرة على تعلم أشياء جديدة بسرعة مع بطء عام للعمليات الفكرية، وعلى العكس من العته من نمط Alzheimer فإن التغيرات المترافقة مع الشيخوخة الطبيعية لا تتداخل مع الحياة الطبيعية.

b. العته من نمط Alzheimer من الشائع أن يختلط تشخيصه مع الاكتئاب (العته الكاذب) الذي يمكن أن يشابه ضعف الإدراك ولكنه يستجيب سريعاً للعلاج بمضادات الاكتئاب (انظر الفصل 13).

3. العلاج

a. علاج اجتماعي نفسي: يتضمن تنظيم البيئة المحيطة وتغذية جيدة ورياضة وعلاجاً ترفيهياً بالإضافة إلى العلاج النفسي الداعم ومجموعات دعم لأفراد العائلة المعتنين بالمريض.

b. العلاج الدوائي: يتضمن مضادات القلق ومضادات الاكتئاب ومضادات الذهان لإزالة الأعراض المرافقة.

c. **Cognex Tacrine** وهو مثبط للكولين استيراز، يحسن الأداء الإدراكي مؤقتاً في حوالي 25% من المرضى ولكن له تأثيرات غير مرغوب بها من ارتفاع خمائر الكبد واضطرابات هضمية، يوجد مثبطات جديدة للكولين استيراز تدعى donepezil، rivastigmine، galantamine، ... يمكن أن تكون أكثر فعالية مع تأثيرات جانبية أقل.

4. الإنذار

a. الذاكرة: تتأثر أولاً (الذاكرة القريبة أسوأ من الذاكرة البعيدة) ثم تتأثر اللغة (صعوبة إيجاد الكلمات المناسبة) ثم القدرة المكانية (صعوبة رسم منظر بسيط).

b. الحياة المأمولة حوالي 8 سنوات بعد التشخيص.

الجدول 9-2: الفيزيولوجيا المرضية للعته من نمط **Alzheimer**

التشريح العصبي العياني	التشريح العصبي المجهري	الفيزيولوجيا العصبية	الموجودات الوراثية	النواقل العصبية
• توسع البطينات الدماغية. • ضمور منتشر • تسطح الأخاديد	• صفيحات شيخية (نشوانية) وتشابكات ليفية عصبية (تشاهد أيضاً في متلازمة Down وإلى درجة أقل في الشيخوخة الطبيعية) • نقص العصبونات الكولينية في الدماغ الأمامي القاعدي. • نقص عصبوني وتنكس في حصان البحر والقشرة.	• نقص مستويات الدماغ من أستيل ترانسفيراز (الضرورية لصنع الأستيل كولين) • معالجة غير طبيعية للبروتين الطليع للمادة النشوانية • نقص سيولة الأغشية بسبب التنظيم غير الطبيعي لاستقلاب فوسفوليبد الأغشية	• شذوذات في صبغيات 1و14و21 • امتلاك نسخة واحدة على الأقل من الجين apo E4 على الكروموسوم 19 • له نسيب قريب مصاب بعته من نمط Alzheimer	• فعالية ناقصة للأستيل كولين والنورابينفرين • فعالية غير طبيعية للسوماتوستاتين والببتيد المعوي الفعال وعائياً الكورتيكوتروبين

E. العته الوعائي Vascular dementia

1. الخصائص

a. رجل بعمر 75 سنة بلا سوابق لاضطراب نفسي فجأة لا يستطيع تذكر ماذا يفعل عندما رن جرس الهاتف أو كيف يشعل فرن الميكروويف.

b. الرجال هم بخطورة أكبر من النساء.

c. بالعكس من العته من نمط Alzheimer فإن العته الوعائي يترافق مع :

(1) بداية مفاجئة لاضطراب الوظيفة الإدراكية وليست تدريجية.

(2) تدهور تدريجي وليس ثابتاً للوظيفة.

(3) تدهور أقل في خصائص شخصية المريض.

(4) أعراض عصبية بؤرية.

2. السببيات

a. احتشاءات مخية صغيرة عديدة تحدث كنتيجة لتصلب عصيدي أو فرط الضغط أو إصابة قلبية صمامية أو اضطراب نظم.

b. كل احتشاء يسبب فقداناً مفاجئاً لوظيفة.

3. العلاج : يكون من أجل إنقاص احتمال تكرار الاحتشاءات ويشمل إنقاص عوامل خطورة المرض القلبي الوعائي (فرط ضغط ، زيادة وزن ، التدخين ، إدمان كحولي ، اضطراب النظم).

F. الاضطرابات النسيانية .Amnestic d

1. الخصائص

a. رجل بعمر 56 سنة واع ذو مزاج مرح ظاهرياً ولديه قصة كحولية لمدة 30 سنة يدّعي أنه سُحب للخدمة العسكرية عام 1999.

b. يحدث فقدان الذاكرة مع اضطراب إدراكي آخر صغير ومستوى طبيعي من الوعي.

c. يحدث كلٌّ من النسيان السابق retrograde (الذاكرة للحوادث الماضية خاصة الماضي القريب) والنسيان اللاحق anterograde (عدم القدرة على تسجيل ذاكرة جديدة)، يمكن للمريض أن يبتكر معلومات منسية ليغطي فقدان الذاكرة (التخريف Confabulation).

2. التشخيص التفريقي: يشمل العته والهذيان والشيخوخة الطبيعية والاضطرابات الانفصالية والاضطراب المصطنع .Factitious d (انظر الفصل 15).

3. السببيات والعلاج والإنذار

a. السبب الأساسي للاضطراب النسياني هو عوز الثيامين كنتيجة لإدمان كحولي طويل الأمد (متلازمة كورساكوف .Korsakoff S)، تحدث متلازمة كورساكوف غالباً بعد تطور اعتلال دماغي لفيرنيكه Wernickes encephalopathy وهو مرض حاد ذو علامات عصبية متعددة. يساهم عوز الثيامين في تخريب بنيات الفص الصدغي المتوسط (الأجسام الحَلَمية، حصان البحر، القبو).

b. تشمل الأسباب الأخرى للاضطراب النسياني رضوض الرأس ومرضاً وعائياً مخياً وإنتاناً يصيب الفصوص الصدغية (التهاب الدماغ بالعقبول البسيط) والتعرض للسموم العصبية.

c. العلاج والإنذار يعتمد على السبب المستبطن.



الاضطرابات المتعلقة بالمادة

Substance-Related Disorders

I. سوء استعمال المادة، التحمل، الاعتماد

A. تعاريف

1. سوء استعمال المادة Substance abuse : هو استعمال مواد بشكل غير طبيعي يقود إلى اضطراب الأداء الجسدي والمهني والاجتماعي.

2. الاعتماد على مادة Substance dependence : هو سوء استعمال مع تحمل وانسحاب وشكل من الاستعمال القسري.

a. التحمل Tolerance هو الحاجة إلى كميات زائدة من الدواء للحصول على نفس التأثير.

b. التحمل المتصالب Cross-tolerance هو تطور تحمل لدواء واحد كنتيجة لاستعمال دواء آخر.

c. الانسحاب Withdrawal هو تطور أعراض نفسية أو جسمية بعد إنقاص أو توقف الدواء.

B. المتلازمات النفسية الشائعة التي تترافق مع سوء استعمال المادة هي اضطرابات المزاج واضطرابات القلق واضطرابات الشخصية الحدية و المعادية للمجتمع Borderline and antisocial personality d. والفصام واضطراب السلوك عند المراهقين.

II. أصناف المواد التي يساء استعمالها

A. **الأدوية المنبهة** وتشمل الكافيئين والنيكوتين والكوكائين والامفيتامين

1. تستعمل الامفيتامينات سريرياً في معالجة اضطراب فرط النشاط الحركي مع نقص الانتباه ADHD والسَبَخ Narcolepsy والاكتئاب المعند.

2. الامفيتامينات الأكثر شيوعاً هي dextroamphetamine (Dexedrine) و methamphetamine (Desoxyn) ويوجد مركب مرتبط بالامفيتامين هو methylphenidate (Ritalin).

3. "Speed" و"ICE"(methamphetamine) وكذلك "النشوة ecstasy" "MDMA" (Mehtylene dioxymethamphetamine) وهي أسماء عامة لمركبات الامفيتامين.

4. "Crack" و "Freebase" هي أشكال قابلة للتدخين من الكوكائين.

B. **المركنات Sedatves:** وهي مثبطات للجهاز العصبي المركزي وتشمل الكحول والباربيتورات والبنزوديازيبينات.

C. **المخدرات Narcotics** وهي أدوية من فئة الأفيونات وتشمل على أدوية علاجية (المورفين، الكودئين) وأدوية يساء استعمالها (هيروئين).

D. **المهلوسات** تشمل lysergic acid diethylamide (LSD)، phencyclidine (PCP) أو غبار الملاك، القنبيات (tetrahydrocannabinol، marijuana، الحشيش)، Psilocybin (من الفطور) والمسكالين (من الصبّار) لها آثار مشابهة لمادة LSD لكنها من فئة دوائية مختلفة.

III. الوبائيات والسكانيات. المواد المساء استعمالها الأكثر انتشاراً في الولايات المتحدة هي الكافيئين والنيكوتين والكحول والماريجوانا وبدرجة أقل الكوكايين والأمفيتامين والهيروئين (الجدول 10-1).

الجدول 10-1 : وبائيات المواد الشائعة المستعملة

الدواء	دواء مستعمل في السنة الأخيرة دواء مستعمل في فترة ما من الحياة	تعليقات
الكافيئين	%75 - %80	هو الدواء الفعال نفسياً الأكثر شيوعاً، يوجد في القهوة (125 ملغ / الكأس)، الشاي (65 ملغ / الكأس) والكولا (40 ملغ / الكأس) وفي منبهات تؤخذ بدون وصفة طبية وفي المواد الغذائية
الكحول	%50 - %85	10-13% هي نسبة شيوع سوء استعمال أو التحمل خلال العمر كله ونسبة الذكور إلى الإناث هي 2:1 على الأقل، وتاثيراته الصحية هي أكثر خطورة في النساء، يزداد استعماله بين الهنود الحمر وسكان الاسكيمو في مجموعة عمرية بين 21-34 سنة، يرتبط استعماله مع اضطراب عوز الانتباه وفرط النشاط واضطراب السلوك عند الأطفال
النيكوتين	%30-%55	يزداد استعماله بين النساء والمراهقين والبالغين الأمريكيين من أصل أفريقي لكن يتناقص استعماله بين المراهقين الأمريكيين من أصل أفريقي، يفوق عدد المدخنات الإناث عدد المدخنين الذكور لذا فهن يعانين من مشكلات صحية أكثر خطورة، التدخين ينقص من الحياة المأمولة بشكل أكبر من استعمال المواد الأخرى.
الماريجوانا	٪ 10 - ٪ 33	يكون استعماله أكثر في المجموعة العمرية بين 18-25 سنة وهو الدواء النفسي غير الشرعي الأكثر استعمالاً، يزداد استعماله بين المراهقين، توجد ولايتان على الأقل في الولايات المتحدة تسمح باستعمال طبي محدود لمعالجة الزرق glaucoma والغثيان والإقياء المرافقين للعلاج السرطاني.

الدواء	دواء مستعمل في السنة الأخيرة دواء مستعمل في فترة ما من الحياة	تعليقات
الكوكائين	%3-%12	يستعمل بشكل أساسي من قبل الأشخاص من المجموعات الاجتماعية الاقتصادية الفقيرة بشكله المدخن الرخيص ((crack، يستعمل أيضاً من قبل الأشخاص في المجموعات الاجتماعية الاقتصادية الغنية شكله الغالي والنقي (المسعوط في الأنف)، يتناقص استعماله
الامفيتامينات	%1.3 - %7	المجموعات عالية الخطورة هي الأشخاص المحترفون الذي يعملون لوقت متأخر في الليل (الموسيقيون والطلاب) بعمر 18-25 سنة.
الهيروئين	%0.2 - %1.3	نسبة الذكور إلى الإناث هي 1:3

IV. المظاهر السريرية

A. تعطي المواد أعراضاً وعلامات جسدية ونفسية تشير إلى استعمالها وتسبب أيضاً أعراضاً انسحابية مميزة (الجدول 10-2).

B. تستطيع الموجودات المخبرية عادة أن تثبت استعمال مادة معينة (الجدول 10-3).

C. تترافق أنظمة نواقل عصبية معينة مع استعمال مواد نوعية.

1. زيادة توفر الدوبامين DA يترافق مع تأثيرات المنبهات والأفيونات.

a. يسبب استعمال الأمفيتامين تحرر الدوبامين. يثبط الكوكائين إعادة التقاط الدوبامين.

b. يسبب كل من تحرر الدوبامين وتثبيط إعادة قبط الدوبامين زيادة توفر الناقل العصبي (الدوبامين) في المشبك العصبي.

الجدول 10-2: علامات وأعراض واختلاطات سوء استعمال الدواء

الفئة	الدواء	تأثيرات الاستعمال	الأعراض الانسحابية
المنبهات	الامفيتامينات والكوكائين	نشوة، فقدان شهية، حمى، تسرع قلب، أعراض ذهانية تشمل على هلوسات لمسية (مع الكوكائين)، توسع حدقات، تستطب الامفيتامينات في اضطراب عوز الانتباه وفرط النشاط في الأطفال والجمدة والاكتئاب المعندّ والمعالجة القصيرة الأمد للبدانة (عادة دواء يشبه أمفيتامين مثل phentermiae) إذا كانت قوانين الولاية تسمح بذلك	يحدث انهيار مابعد الاستعمال Post-use crash و يشمل على اكتئاب، وهن، تعب، جوع، توق نفسي للدواء وتضيق حدقات
	الكافيئين والنيكوتين	اهتياج، أرق، زيادة الحركات الحوية، تقبض الأوعية الدموية المحيطية، اضطراب نظم القلب	صداع، زيادة وزن خفيفة، فتور، اكتئاب
المركنات	الكحول	ارتفاع مزاج يُتبع باكتئاب واضطراب الوظيفة الكبدية (تشمع)، أعراض هضمية (قرحات) عوز الثيامين (ينتج عنه متلازمات Wernicke وكورساكوف)، متلازمة الكحول الجنينية .Fetal Alcohol S قصر الحياة المأمولة، جرائم قتل، اغتصاب واعتداء	قلق، رُعَاش، هذيان ارتعاشي ويشمل على هلوسات لمسية (تنميل أو شعور بالنمل يمشي على الجلد أو نوبات صرع - يمكن أن يكون الانسحاب مميتاً ويتطلب الإدخال إلى المشفى
	الباربيتورات	تثبيط تنفسي، احتمال انتحار قوي احتمال إدمان قوي	قلق، رُعاش، نوبات صرع.
	والبنزوديازيبنات	تثبيط تنفسي عند المشاركة مع الكحول	يمكن أن يكون الانسحاب مميتاً ويتطلب الإدخال إلى المشفى
المخدرات	الأفيونات	نشوة، تثبيط تنفسي، انخفاض درجة الحرارة، هبوط الضغط، تضيق الحدقات	قلق، تعرق، حمى، سيلان أنفي، انتصاب أشعار، دوار، دُمَاع، غثيان، مغص معوي، توسع الحدقات، تثاوب، عدم ارتياح ولكن نادراً ما يكون مميتاً

الفئة	الدواء	تأثيرات الاستعمال	الأعراض الانسحابية
المهلوسات	L.S.D	تدوم التأثيرات 8-12 ساعة وتشمل على تعرق غزير، تشوش روية، توسع حدقات، تسرع قلب، رُعَاش، خفقان، اضطراب في الإدراك الحسي والمشاعر، اضطراب إدراكي طويل الأمد - رحلات سيئة Bad trips (ارتكاسات ذعر تشمل أعراض ذهانية)، ارتجاعات "Flashbacks" (استعادة المشاعر المرافقة بالرغم من عدم وجود الدواء)	لا أعراض انسحابية هامة
	Phencylidine غبار الملاك (PCP)	فرط ضغط، ارتفاع الحرارة، رأرأة عامودية وأفقية (حركات عينية غير طبيعية)، تخيلات، نشوة، نسيان، نوبات من السلوك العنيف الشديد، هلوسات سمعية وبصرية، تشوهات في صورة الجسم والزمان والمكان، عدوانية، استهلاك أكثر من 20 ملغ يمكن أن يسبب اختلاجات وسبات وموت، تشمل التأثيرات طويلة الأمد على فقدان الذاكرة وفتور ونقص مجال الانتباه	لا أعراض انسحابية هامة
	الماريجوانا	تؤثر الجرعة الصغيرة على الذاكرة والفعالية الحركية المعقدة وتغير الإدراك الحسي والزمني وتسبب احمرار الملتحمة وتزيد الشهية والرغبة الجنسية. أما الجرعات العالية فتسبب أعراضاً ذهانية وزورية، الاستعمال المزمن يسبب نقص الأداء الجنسي، مشكلات رئوية بسبب التدخين، نقص التحفز - متلازمة غياب الدافع amotivational syndrome	لا أعراض انسحابية هامة

c. تساهم زيادة توفر الدوبامين في المشبك بوضوح في نظام "المكافأة" في الدماغ وفي تأثيرات النشوة وذلك بعد تناول المنبهات والأفيونات.

2. زيادة فعالية الناقل العصبي المثبط γ - أمينوبيوتيريك أسيد (GABA) تترافق مع تأثيرات الأدوية المركنة.

3. زيادة توفر السروتونين يترافق مع تأثيرات بعض المهلوسات.

الجدول 10-3: الموجودات المختبرية لأدوية سوء الاستعمال

المادة	الموجودات المختبرية
الكحول	زيادة مستوى الكحول في الدم (يحدّد التسمم بمستويات كحول دموية >0.08-0.15% حسب قانون الولاية، يكون التحمل وارداً إذا كانت أعراض التسمم غائبة مع مستويات > 0.1% ، زيادة غاما غلوتاميل ترانسفيراز GGT (أكثر من 30 وحدة)
الباربيتورات والبنزوديازيبينات	يمكن أن تحدد المركبات النوعية أو مستقلباتها في الدم، تكون نتائج اختبارات البول إيجابية لمدة أسبوع
الأفيونات	أغلب الأفيونات تكون موجودة في الدم والبول لمدة 12 - 36 ساعة بعد الاستعمال، يمكن أن يتحرى عن الميثادون 2-3 أيام بعد الاستعمال، لا يحدد Fentanylبالاختبارات المعروفة الخاصة بالأفيونات
الامفيتامينات	توجد في البول 1-2 يوم
الكوكائين	زيادة مستوى benzoylecgonine (مستقلب) 1-3 أيام عند المستعملين بشكل عرضي و 7-12 يوماً في المستعملين المفرطين
النيكوتين	زيادة مستوى cotinine (مستقلب) في البول والدم واللعاب
LSD	نتائج سموم البول تكون إيجابية للـ LSD
Phencyclidine غبار الملاك (PCP)	يوجد في البول لمدة أكثر من أسبوع، ارتفاع مستوى oxaloacetic transaminase (SGOT)، مستوى creatinine phosphokinase (CPK)
الماريجوانا	يوجد المستقلبات القنبية في البول 7-10 أيام (لمدة تصل إلى 28 يوماً في المستعملين المفرطين)

V. العلاج

A. يشمل علاج سوء استعمال المادة على الامتناع عن الأدوية ومجموعات دعم وأدوية تخفف الأعراض الانسحابية.

B. التشخيص الثنائي أو MICA (medically ill-chemically addicated) أي يحتاج المرضى الى علاج كل من سوء استعمال المادة والمرض النفسي المرافق (اكتئاب كبير) في وحدة خاصة في المشفى.

الجدول 10-4: علاج سوء استعمال الأدوية الشائعة

الدواء	العلاج الفوري	العلاج طويل الأمد
الكافيئين	الاستبعاد من الغذاء أو إنقاصه (سوائل منزوعة الكافيئين)	المسكنات لإزالة الصداع نتيجة الانسحاب
نيكوتين	علكة أو رقع أو بخاخ أنف حاوية على النيكوتين، دعم من قبل القرين والطفل والطبيب غير المدخن	مجموعات دعم، معظم من هؤلاء الذين يتوقفون حسب تجربتهم الخاصة ينكسون خلال سنتين، معدل النكس في أعضاء لمجموعات دعم هو أفضل ما يمكن أن يساعد مضاد الاكتئاب Bupropion (zyban) في الحفاظ على الامتناع عن التدخين
الكحول	الثيامين 100 ملغ بالعضل (IM) في البداية ثم 200 ملغ / اليوم لمدة 4 أيام، رمّم الحالة الغذائية، تفيد البنزوديازيبينات في الأعراض الانسحابية، لعلاج القلق يعطى Chlordiazepoxide 25–100 ملغ أو diazepam 10–20 ملغ كل 4 ساعات، لعلاج الهذيان تعطى جرعة كل ساعة، لعلاج الصرع يعطى 100–150 ملغ فينوباربيتال بالعضل (IM) أو 5–10 ملغ diazepam بالوريد (IV).	برنامج الكحوليين المجهولين Alcoholic Anonymous (AA) أو مجموعات الدعم الأخرى (برامج من 12 مرحلة) هو العلاج الأكثر فعالية، Disulfiram(Antabuse) 125–500 ملغ / اليوم يسبب تراكم أستيل الدهيد في الدم مما يسبب غثياناً شديداً وصداعاً وتوهجاً أثناء شرب المريض للكحول بكثرة وهو فعال في المرضى المتحفزين، يفيد العلاج النفسي الفردي والجماعي والعلاج العائلي خصوصاً إذا اشترك القرين فيه.
الماريجوانا	هدئ المريض بواسطة الكلام، بنزوديازيبينات diazepam 10-15ملغ	الامتناع والتثقيف
الباريبتورات والبنزوديازبنيات	الإدخال إلى المشفى ومنع النوبات بتخفيض الجرعة تدريجياً واستبدال الأنماط قصيرة التأثير من البنزوديازيبينات والباريبتورات التي يشيع الإدمان عليها بالأنماط طويلة الأمد مثل phenobarbital أو diazepam أو flumazenil 0.2-0.3 ملغ وريدياً كترياق	دعم نفسي وعلاج سلوكي
المهلوسات	هدئ المريض بواسطة الكلام وإدخاله المشفى، بنزوديازيبينات (diazepam 10-20 ملغ فموياً) لتخفيض الاهتياج، مضادات الذهان (هالوبيريدول 5-10 ملغ بالعضل أو 10 ملغ فموياً) لعلاج الأعراض الذهانية	التثقيف للبدء بالامتناع والاستمرار فيه

/تابع/ الجدول 10-4: علاج سوء استعمال الأدوية الشائعة

الدواء	العلاج الفوري	العلاج طويل الأمد
الكوكائين	علاج الأعراض القلبية ونوبات الصرع، بنزوديازيبينات لعلاج الاهتياج، مضادات الذهانية لعلاج الأعراض الذهانية	علاج الأعراض الانسحابية بواسطة desipramine (norpromin) (200–250 ملغ)
الامفيتامنيات	بنزوديازيبينات لعلاج الاهتياج، مضادات الذهان لعلاج الأعراض الذهانية، دعم طبي ونفسي	لا علاج نوعي أثبتت فعاليته للبدء بالامتناع والاستمرار فيه
الهيروئين	في حالة الجرعات المفرطة تعطى ضادات الأفيون قصيرة التأثيرة Nalexone (Narcan) 0.4 ملغ بالوريد خمس جرعات بفاصل 3 دقائق أو أكثر إذا اضطرت الحاجة، النزع السمي بواسطة الميثادون (10 ملغ فموياً أربع مرات يومياً لمدة 7 أيام). يساعد كلونيدين (0,15 ملغ مرتين يومياً) في الانسحاب بتثبيطه الأعراض الذاتية.	الاستمرار بالميثادون: إنقاصه إلى 10-20٪ من جرعة نزع السم عندما تستقر حالة المريض، يفضل إعطاء الميثادون الفموي على الوريدي، وهو أقل تركيناً وأقل إحداثاً للنشوة من الهيروئين، يسبب اعتماداً جسدياً وتحملاً لكنه يثبط الأعراض الانسحابية فيسمح للمريض بالعيش بشكل طبيعي نسبياً، L-methadyl acetate hydrochloride (LAAM) هو شاد Agonist أفيوني صنعي فترة تأثيره أطول من الميثادون، يمكن أن يستعمل Naltrexone (Revia) في المحافظة على الامتناع لإحصاره المستقبلات الأفيونية، برامج دعم طوعية من 12 مرحلة مثل الكحوليين المجهولين قد تفيد.



الفصـــام

Schizophrenia

I. الخصائص

A. رجل عمره 28 سنة يعيش في منزل جماعي يقول بأن زميله في الغرفة يتجسس عليه بالإصغاء إليه من خلال الهاتف ولهذا السبب غيّر زميل غرفته عدة مرات خلال خمس سنوات، يتهندم بشكل غريب ويبدو غير مرتب في مظهره ويظهر عليه أنه مشغول البال بفكرة تقول بأن الناس يعطونه أوامر داخل رأسه.

B. **الخصائص النوعية**

1. الفصام هو اضطراب عقلي موهن مزمن يتميز باضطراب في التفكير والسلوك والكلام.
2. لدى المريض غالباً مظهر غريب ويبدو بهندام سيئ ومنعزل اجتماعياً.
3. في الطور الذهاني يبدي المريض فقدان التماس مع الواقع أما في الطور المنذر Prodromal والطور المتبقي Residual فيكون المريض في تماس مع الواقع بالرغم من كثرة الأعراض.
4. المريض لديه شعور غير طبيعي (غير مناسب، سطحي، عديم الشعور).
5. المريض يبدي سعة ذاكرة سليمة ومتوجه للأشخاص والمكان والزمان.

C. المعايير وفق DSM-IV-TR

1. الأعراض (البادرية، الذهانية الحادة، المتبقية) تدوم 6 أشهر.
2. توجد على الأقل فترة واحدة من ذهان حقيقي خلال فترة الـ 6 أشهر.
3. اضطراب الأداء المهني والاجتماعي خلال فترة الـ 6 أشهر.

D. الأعراض والعلامات المنذرة[4]

1. قبيل الحادثة الذهانية الأولى يتجنب المريض غالباً النشاطات الاجتماعية ويقلل من عدد الأصدقاء ويكون عادة هادئاً وسلبياً أو متهيجاً.
2. يمكن أن يكون للمريض شكايات جسمية ويبدي اهتماماً مستحدثاً بالدين والسحر والتنجيم والفلسفة.

E. الأعراض والعلامات الذهانية. تحدث اضطرابات التفكير والعلامات السريرية المميزة الأخرى خلال حادثة ذهانية حادة. الصفات النوعية والأمثلة عليها مبينة في (الجدول 11-1) وهي تشمل اضطرابات في:

1. الإدراك الحسي (هلوسات).
2. محتوى التفكير (توهمات، أفكار الإشارة، فقدان حدود الذات).
3. تسلسل التفكير (إحصار التفكير، اضطراب القدرة التحريرية، ألفاظ جديدة).
4. شكل التفكير (سلَطة كلامية، ترابطات رخوة، الصدى اللفظي، التماسية، المثابرة).

---

4 Prodromad Signs and Symptoms: الأعراض والعلامات المنذرة (البادرية أو الأولية). أي التي تنذر بقرب حدوث المرض (المترجم).

الجدول 11-1: علامات وأعراض الذهان

العلامة أو العرض	التعريف	مثال
الهلوسات	إدراكات حسية كاذبة، الهلوسات السمعية هي الأكثر شيوعاً، وتحدث أيضاً الهلوسات البصرية واللمسية والتذوقية والشمية والحشوية	تسمع المريضة صوتين مختلفين يجريان محادثة حولها عندما تكون لوحدها وتشم أحياناً روائح غير موجودة
التوهمات	اعتقادات كاذبة غير منطقية لا تقوم على أساس الجهل ولا تساهم فيها ثقافة المريض. توهمات الاضطهاد هي الأكثر شيوعاً	يعتقد المريض بأنه يلاحق من قبل عملاء الحكومة الذين يريدون سرقة أسراره
أفكار الإشارة	اعتقاد كاذب أن المريض هو موضوع اهتمام من قبل أشخاص آخرين أو من قبل وسائل الإعلام	تعتقد المريضة بكونها موضوع نقاش في برنامج تلفزيوني عام
فقدان حدود الذات	عدم معرفة أين ينتهي عقل وجسم الإنسان وأين تبدأ حدود الآخرين	تشعر المريضة بأنها مندمجة مع الآخرين
إحصار التفكير	توقف مفاجئ في تسلسل التفكير، غالباً بسبب هلوسات	تتوقف المريضة فجأة عن الكلام بالرغم من تحرك شفاهها ويبدو عليها أنها تركز على منبه داخلي
اضطراب القدرة التجريدية	صعوبة في تميز الخاصيات الأساسية للأشياء والعلاقات بالرغم من الذكاء الطبيعي	عندما سئل ما الذي جاء به إلى المشفى يقول المريض: سيارة
ألفاظ جديدة	اختراع كلمات جديدة (بدون أي محاولة واعية في الدعابة)	يشير المريض إلى الطبيب على أنه medicinal shrinkomat
سلطة الكلام	التلفظ بمجموعة غير مترابطة من الكلمات والعبارات	يقول المريض أنا لست صرفاً تماماً حتى أذهب بعيداً في أي طريق لأكسرها
ترابطات رخوة	انتقال الأفكار من موضوع إلى آخر في شكل مترابط جزئياً أو غير مترابط	يبدأ المريض بالإجابة على سؤال عن عمله ثم يبدأ نقداً ساخراً للرأسمالية
الصدى اللفظي	ترديد الكلمات كالببغاء كما تفوه بها الآخرون	يسأل الطبيب "هل تشعر بالحزن" يجيب المريض "هل تشعر بالحزن"

العلامة أو العرض	التعريف	مثال
التماسية	يبدأ بالإجابة في شكل منطقي ومن ثم يبتعد شيئاً شيئاً عن الموضوع	يقول المريض "سأكلمك عن صداعي ولكن دعني أخبرك عن الأشياء الأخرى في رأسي مثل الأفكار عن الله"
المثابرة	تكرار الفكرة مرة بعد مرة	يقول المريض "أنا سليم العقل. . أنا سليم العقل. . أنا سليم العقل..."

F. **الأعراض والعلامات المتبقية:** العلامات والأعراض التي تحدث بين حوادث الذهان الحاد تدعى متبقية " Residual " وتشمل على :

1. عاطفة سطحية وغير مناسبة (ارتكاس طفيف لأخبار مزعجة).
2. تفكير غريب وسلوك شاذ (قراءة المعنى الشخصي لظاهرة طبيعية).
3. انسحاب اجتماعي (اختيار العمل في دوام ليلي ليكون وحيداً).

G. الأعراض الإيجابية والسلبية : يمكن تصنيف أعراض الفصام إلى إيجابية وسلبية ويمكن أن يكون هذا التصنيف مفيداً في التنبؤ بتأثيرات دواء مضاد للذهان.

1. الأعراض الإيجابية (المنتجة) تتميز بأداء "زائد"

a. تشمل الأعراض الإيجابية على التوهمات والهلوسات والاهتياج والسلوك الغريب والثرثرة.

b. تستجيب هذه الأعراض جيداً إلى أغلب الأدوية المضادة للذهان التقليدية.

2. الأعراض السلبية (عوز) تتميز بأداء ناقص

a. تشمل الأعراض السلبية على العاطفة السطحية وإحصار التفكير واضطرابات الإدارك وعدم الترتيب وفقدان الدافع والانسحاب الاجتماعي ومحتوى كلام فقير.

b. تستجيب الأعراض السلبية إلى المركبات اللانموجية مثل clozapiene olanzapine، risperidone، quetiapine، ziprasidone بشكل أفضل من مضادات الذهان التقليدية (النموذجية).

II. الأنماط الفرعية: يسجل DSM-IV-TR خمس أنماط فرعية للفصام (الجدول 11-2)

III. التشخيص التفريقي

A. **الأمراض الطبية** التي تحاكي الفصام تشمل على مرض عصبي ورض الرأس وصرع الفص الصدغي والعته المبكر والهذيان والتسمم والاضطرابات الغدية (اضطراب ذهاني ناتج عن مرض عام).

B. **الأمراض النفسية** التي تحاكي الفصام تشمل على الاضطراب الذهاني المختصر والاضطراب فصامي الشكل والاضطراب العاطفي الفصامي والطور الهوسي من الاضطراب ثنائي الطور واضطرابات الشخصية الشديدة (الفصاماني schizoid، فصامي الشكل schizotypal، الحدية Borderline) والاضطراب الذهاني المحدث بالأدوية (الشكل 11-3).

IV. الحدوث

A. **خطر حدوث الفصام**

1. 50% للتوائم وحيدة البويضة لمرضى مصابين بالفصام.
2. 40% لشخص أبواه مصابان بالفصام.
3. 12% لأقرباء الدرجة الأولى (ابن، أخ) لشخص مصاب بالفصام.
4. 1% لعامة الناس.

الجدول 11-2: الأنماط الفرعية للفصام وفق DSM-IV-TR

النمط الفرعي (من الأكثر شيوعاً إلى الأقل شيوعاً)	الخصائص
غير مميّز undifferentiated	خصائص لأكثر من نمط فرعي واحد
زوري paranoid	توهمات الاضطهاد، عمر أكبر عند البدء وأداء أفضل من الأنماط الفرعية الأخرى.
متبقي residual	حادثة ذهانية واحدة سابقة تبدي لاحقاً أعراض متبقية لكنها ليست أعراضاً ذهانية
مشوش disorganized (خبل البلوغ hebephrenic)	عدم كبح للنفس، تنظيم سيئ، المظهر الشخصي واللباس والاستجابات العاطفية غير مناسبة، العمر عند البدء هو أقل 25 سنة
جمودي cotatonic	أخذ وضعيات شاذة (مرونة شمعية)، بكم، خبل stupor تهيجية شديدة، نادر بعد استعمال مضادات الذهان

الجدول 11-3: التشخيص التفريقي للفصام

الاضطراب	الخصائص المميزة
اضطراب ذهاني بسبب مرض عام	تغيم الوعي، الهلوسات وهي بصرية ومتغيرة أكثر منها سمعية ومتكررة، يحدث في سياق مرض حاد
الاضطراب الذهاني المختصر	أعراض ذهانية ومتبقية تمتد لأكثر من يوم واحد لكن أقل من شهر واحد، غالباً يوجد عوامل نفسية اجتماعية مثيرة واضحة
الاضطراب ذو الشكل الفصامي schizophreniform	أعراض ذهانية ومتبقية تدوم 1-6 أشهر (بالنسبة الفصام تدوم الأعراض أكثر من 6 أشهر)
الاضطراب العاطفي الفصامي	أعراض لاضطراب مزاج رئيس مع فصام، اضطراب مهني واجتماعي مزمن
طور هوسي لاضطراب ثنائي الطور	أعراض ذهانية، مزاج متهيج، فرط نشاط، كلام سريع، حب اختلاط بالآخرين، بدء سريع، اضطراب طفيف أو عدم اضطراب في الأداء الاجتماعي والمهني بين الحوادث الحادة

الاضطراب	الخصائص المميزة
الاضطراب التوهمي	نظام من توهمات غير شاذة ثابتة طويلة الأمد، اضطرابات فكرية قليلة إن وجدت، أداء اجتماعي ومهني طبيعي نسبياً
اضطراب الشخصية الفصامانية	انسحاب اجتماعي بدون ذهان
اضطراب الشخصية فصامي الشكل	سلوك مميز وأنماط تفكير شاذة مثل التفكير السحري (فكرة أن التمني يسبب حدوث شيء ما)، بدون ذهان
اضطراب الشخصية الحدية	تأرجحات مزاج شديدة مع غضب غير مضبوط، انفصال dissociation، وأفكار انتحارية نوبية وحوادث ذهانية صغرى (تدوم لدقائق فقط)
اضطراب ذهاني محدث بالمادة	هلوسات بارزة (غالباً بصرية أو لمسية) أو توهمات مرتبطة مباشرة باستعمال أو انسحاب عن دواء نوعي (خاصة الامفيتامينات والمهلوسات والكحول) (انظر الفصل 10)

B. العمر عند البدء، الجنس، العرق

1. العمر القمي لبدء الفصام هو 15-25 سنة بالنسبة للرجال و 25-35 سنة بالنسبة للنساء. في 90% من المرضى يحدث أول بدء بعمر 15-45 سنة ونادراً ما يشخص الفصام عندما تحدث الحادثة البدئية بعد عمر 45 سنة.

2. يحدث الفصام بشكل متساوٍ في الرجال والنساء وفي كل الثقافات والمجموعات العرقية المدروسة.

3. العوامل الموسمية. أكثر الفصاميين يولدون خلال أشهر الشتاء الباردة (من كانون الثاني إلى إبريل في نصف الكرة الشمالي ومن تموز إلى أيلول في نصف الكرة الجنوبي)، التفسير المحتمل لهذا هو إنتان فيروسي في الأم خلال الثلث الثاني من الحمل لأن الإنتانات تحدث بشكل موسمي.

V. السببيات

A. التشريح المرضي العصبي

1. شذوذات في الفصوص الجبهية تتمثل بنقص استعمال الغلوكوز بعد إجراء (PET) Positron emission tomography. (التصوير بإصدار البوزيترون)

2. توسع البطين الثالث والجانبي، تناظر مخي غير طبيعي، تغيرات في الكثافة الدماغية.

3. نقص حجم حصان البحر hippocampus واللوزة amygdala والفصيص المحاذي لحصان البحر parahippocampal gyrus.

4. إصابة محتملة للنوى القاعدية (بسبب مشكلات الحركة التي تحدث في بعض المرضى).

B. الشذوذات في النواقل العصبية

1. فرضية الدوبامين في الفصام تقول بأن الفصام ينتج عن فعالية دوبامينية زائدة (عدد زائد من مستقبلات الدوبامين، تركيز زائد للدوبامين، فرط حساسية المستقبلات)، يمكن للاختبارات المخبرية أن تظهر ارتفاع مستويات Homovanillic acid (وهو مستقلب للدوبامين) في سوائل الجسم.

2. فرط فعالية السروتونين متورطة في الفصام لأن المهلوسات التي تزيد مستويات السروتونين تسبب أعراضاً ذهانية ولأن معظم مضادات الذهان الفعالة اللانموجية لها فعالية مضادة للسروتونين -2 ($5\text{-}HT_2$).

3. فرط فعالية النورابنيفرين متورطة وخاصة في الفصام الزوري.

4. γ-Aminobutyric acid (GABA) متورطة لأن مرضى الفصام يظهرون نقصاً في العصبونات ذات الفعل GABA في حصان البحر.

C. الموجودات السريرية غير الطبيعية

1. تخطيط الدماغ الكهربائي (EEG) يظهر نقص موجات ألفا وزيادة موجات بيتا ودلتا وفعالية صرعية.
2. الحركات العينية (ملاحقة بصرية ناعمة سيئة) وهي غير طبيعية في 50-80% من مرضى الفصام وأقربائهم غير المصابين.
3. الشذوذات الغدية العصبية مثل نقص مستويات الهرمون الملوتن LH والهرمون الحاث الجريبي FSH وتنظيم غير طبيعي للكورتيزول مشاهد في بعض المرضى كما يظهر في اختبار تثبيط الديكساميتازون. (انظر الفصل 3)

D. السببيات البيئية والاجتماعية

1. لا يوجد عامل بيئي أو اجتماعي مسبب للفصام، ومع ذلك بما أن مرضى الفصام يميلون إلى خفض مقياسهم الاقتصادي الاجتماعي كنتيجة لعوزهم الاجتماعي (فرضية " الانسياق للأسفل ") فإنهم غالباً موجودون في مجموعات اقتصادية واجتماعية متدنية (أشخاص متشردون).
2. الشدة الخارجية أو الداخلية يمكن أن تسرّع الزمن لبدء الأعراض أو زيادة شدتها في الفصام.

VI. العـــلاج

A. العلاج الدوائي والنفسي

1. العلاجات الدوائية تشمل مضادات الذهان التقليدية [مضادات مستقبلات الدوبامين 2 (D2)] ومضادات الذهان غير النموذجية (انظر الفصل 25).

2. العلاجات النفسية بما فيها العلاج النفسي الفردي والعائلي والجماعي مفيدة في تأمين دعم طويل الأمد والمحافظة على المطاوعة في استعمال الأدوية.

B. مضادات الذهان التقليدية وغير النموذجية

1. مضادات الذهان التقليدية (النموذجية) مثل الكلوربرومازين والهالوبيريدول تعمل مبدئياً بتثبيط المستقبلات D2 المركزية.

2. يشاهد تحسن هام في 70% من المرضى الذين يتناولون مضادات الذهان التقليدية (25% من هذا التحسن يحدث كنتيجة لتأثير غفل placepo) وهذه الأدوية فعالة بشكل خاص ضد الأعراض الإيجابية.

C. مضادة الذهان اللانموذجية

1. Clozapine (مضاد ذهان غير نموذجي) هو مضاد مستقبل D4 ويعمل أيضاً من خلال نظام السروتونين.

a. clozopine أقل تسبباً من الأدوية التقليدية بأعراض خارج هرمية (باركنسونية كاذبة، عسر مقوية، زَلَز akathisia) وعسر الحركة المتأخر Tardive dyskinesia والمتلازمة الخبيثة لمضادات الذهان neureleptic malignant S.

b. Clozapine هو أكثر تسبباً بنقص محببات وصرع وتأثيرات مضادات للكولين من المضادات الذهان التقليدية.

2. مضادات الذهان غير النموذجية الأخرى مثل Risperidone، Olanzapine، Quetiapine، Ziprasidone، لها فعالية مضادة للمستقبلات السروتونية والدوبامينية وتسبب تأثيرات عصبية ودموية أقل من Clozapine.

D. التأثيرات الجانبية لمضادات الذهان (الجدول 11-4)

1. مضادات الذهان القوية مثل الهالوبيرويدول مبدئياً لها تأثيرات جانبية عصبية مثل الأعراض خارج هرمية وعسر حركة آجل والمتلازمة الخبيثة لمضادات الذهان.

2. مضادات الذهان الضعيفة مثل الكلوربرومازين مبدئياً لها تأثيرات جانبية مضادة للكولين و للهيستامين.

3. التأثيرات الجانبية الأخرى لمضادات الذهان.

a. مشكلات قلبية وعائية تشمل شذوذات في تخطيط كهربائية القلب ECG وهبوط ضغط انتصابي.

b. زيادة وزن وتركين.

c. تأثيرات كبدية من يرقان وارتفاع خمائر الكبد

d. مشكلات في الغدد الصم بسبب زيادة مستويات البرولاكتين تؤدي إلى التثدي وثر الحليب والعنانة وانقطاع الطمث ونقص الرغبة الجنسية.

e. سوء وظيفة دموية تشمل نقص الكريات البيض وغياب المحببات وخاصة مع Clozapine.

f. تأثيرات جلدية تشمل حساسية ضوئية واندفاعات جلدية وتصبغ الجلد باللون الرمادي الأزرق باستعمال الكلوربرومازين.

g. تأثيرات عينية تشمل تصبغ شبكية غير عكوس بسبب الثيوريدازين (mellaril) وترسبات في العدسة والقرنية بسبب كلوربرومازين chlorpromazine.

الجدول 11-4 : التأثيرات الجانبية للأدوية المضادة للذهان وعلاجها

التأثير الجانبي	تعليقات	عـلاج
الأعراض خارج الهرمية :		انقص جرعة مضاد الذهان وأعط مضاد
الباركنسونية الكاذبة	رُعَاش أثناء الراحة (دحرجة الحبة)، لاحركية (بطء الحركات)، صمل	كولين مثل amantadine (symmetrel) 100-200 ملغ/يوم والبنزتروبين (Cogentin) 1-4 ملغ/يوم
عسر مقوية حاد	تشنجات عضلية طويلة وبطيئة (أكثر ما تشاهد في الرجال بعمر أقل من 40 سنة)	و Trihexyphenidyl (Artane) 2-5 ملغ/يوم أو
الزلز	شعور وهمي بعدم راحة حركي	diphenhydramine (Benadryl) 25-50 ملغ/يوم
تأثيرات مضادة للكولين :		
محيطية	جفاف فم وتشوش رؤية وإمساك واحتباس بولي	منبهات لعابية، قطرات عينية من physostigmine، ملينات واماهة على التوالي
مركزية	اهتياج وتخليط شديدان	Physostigmine (Antilirium) 1-2 ملغ (بالوريد IV أو بالعضل IM) يكرر خلال 30 دقيقة
تأثيرات مضادة للكولين مركزية عسر الحركة الآجل	حركات ملتوية في اللسان والرأس والوجه والفم، أكثر شيوعاً في النساء الكهلات وتحدث عادة بعد 6 أشهر من العلاج بمضاد الذهان، تهدأ عفوياً في 50% من الحالات ولكن يمكن أن تكون دائمة	تهدأ الأعراض غالباً بعد إيقاف مضاد الذهان التقليدي والاستعاضة عنه بدواء غير نموذجي، العلاجات التي استعملت بنجاح بسيط هي البنزوديازيبنات والبروبرانولول ومقلدات الكولين (كولين كلورايد)
المتلازمة الخبيثة لمضادات الذهان	حمى قوية، تعرق، تخليط عقلي، زيادة ضغط الدم والنبض، صمل عضلي، زيادة كرياتين فوسفوكيناز، قصور كلية، أكثر شيوعاً في الرجال و يظهر مبكراً في البرنامج العلاجي، معدل الوفيات 20%، حالة إسعافية	الإيقاف المباشر لمضاد الذهان، علاج دوائي داعم يشمل تبريد المريض وإماهته، dantrolene sodium (dantrium) حتى 10 ملغ/كغ/اليوم بالوريد IV يفيد أيضاً إعطاء البروموكريبتين (parlodel) والأمانتيدين (Symmetrel)

4. علاج المرضى غير المطاوعين يتضمن أشكال مستودعية قابلة للحقن ومديدة التأثير مثل haloperidol decanoate, fluphenazin decanoate حيث تعطى عضلياً كل 4 أسابيع.

VII. السير والإنذار

A. السير

1. يشير زيادة الاهتياج والاكتئاب والأرق إلى أن المريض سيتعرض لحادثة ذهانية.
2. المرض يتضمن غالباً حوادث ذهانية متكررة وسيراً تدهورياً مزمناً ويستقر المرض غالباً في منتصف الحياة.
3. خلال الحادثة الذهانية الحادة يمكن أن ينتج الانتحار عن هلوسات (صوت يقول للمريض بأن يقتل نفسه).
4. بعد انتهاء الحادثة الذهانية الحادة يحدث اكتئاب بعد الذهان في 50% من المرضى ويمكن للمريض أن يحاول الانتحار.

B. الإنذار

1. الاضطراب هو مدى الحياة عموماً.
2. يكون الإنذار أفضل إذا كان المريض أكبر عمراً عند البدء أو متزوجاً أو لديه علاقات اجتماعية أو لديه أعراض مزاجية أو كان أنثى أو لديه سوابق مهنية جيدة أو أعراض إيجابية أو مرات نكس قليلة.



الاضطرابات الذهانية الأخرى

Other Psyschotic Disorders

I. مقدمة

A. الاضطرابات الذهانية: تتميز كلها خلال سيرها إلى حد ما باضطراب كبير في اختبار الواقع. الفصام (الفصل 11) هو النموذج الأكثر شمولاً كاضطراب ذهاني. لا تتضمن الاضطرابات التالية كل المعايير المطلوبة لتشخيص الفصام (الجدول 12-1).

1. الاضطراب الذهاني المختصر Brief psyohatic d.
2. الاضطراب ذو الشكل الفصاماني Schizophroniform d.
3. الاضطراب العاطفي الفصامي Schizoaffective d.
4. الاضطراب التوهمي Delusional disorder
5. الاضطراب الذهاني المتقاسم shared psychotic disorder

B. التشخيص التفريقي. يتضمن التشخيص التفريقي للفصام :

1. الطور الهوسي لاضطراب ثنائي الطور (انظر الفصل 13).
2. اضطرابات الشخصية الحدية والزورية والفصامانية وفصامية الشكل.

الجدول 12-1 : الاضطرابات الذهانية الأخرى

الاضطراب	لقطة لمريض	الخصائص	الاختلافات عن الفصام
الاضطراب الذهاني المختصر	رجل بعمر 22 سنة لديه أخت توفيت مؤخراً بالسرطان أحضير إلى قسم الإسعاف من قبل صديقته تقول إنه خلال الأسبوعين الأخيرين بدأ في إظهار سلوك غريب ويدّعي بأنه يسمع أخته تتحدث إليه	تدوم الأعراض الذهانية والمتبقية أكثر من يوم واحد ولكن أقل من شهر واحد يثار غالباً بعوامل نفسية، أكثر شيوعاً في المرضى باضطرابات الشخصية الحدية والهسترِيائية بنفس الوقت	فترة أعراض أقصر، الأداء قبل المرض طبيعي نسبياً، بدء وانتهاء مفاجئان للأعراض، لا قصة عائلية للفصام
الاضطراب ذو الشكل الفصاماني	امرأة بعمر 28 سنة ليس لديها قصة لمرض نفسي أحضرت إلى قسم الإسعاف من قبل زوجها يقول إنها بدأت فجأة منذ شهرين تقريباً بالتصرف بغرابة وكثير ما تبدو مشغولة البال (بالرغم من إصغائها إلى شيء ما)	اثنان أو أكثر من الأعراض الذهانية بالإضافة إلى الأعراض المتبقية تدوم شهراً واحداً على الأقل ولكن أقل من 6 أشهر	فترة أعراض أقصر، يمكن أن لا يحدث اضطراب في الأداء الاجتماعي والمهني
الاضطراب العاطفي الفصامي	رجل بعمر 45 سنة مصاب باكتئاب شديد وأعراض ذهانية، شغل عدة وظائف ولم تستمر أي وظيفة أكثر من 6 أشهر، عولجت أعراضه الاكتئابية الشديدة بنجاح ولكنه بقي ذهانياً ومنعزلاً	يلائم معايير كلٍّ من الاضطراب المزاجي الرئيس (هوس واكتئاب) والفصام	أعراض عاطفية بارزة

/تابع / الجدول 12-1 : الاضطرابات الذهانية الأخرى

الاضطراب	لقطة لمريض	الخصائص	الاختلافات عن الفصام
الاضطراب التوهمي	مريضة بعمر 68 سنة تقول بأن جارها يحاول أن يطردها من بنايتها منذ سنين بسرد الأكاذيب عنها للمالك. المريضة متزوجة ومتقاعدة من عمل استمرت به 25 سنة	حالة نادرة بنظام توهمي غير شاذ وثابت (غالباً زوري) أكثر شيوعاً في المرضى الذين تجاوزوا 40 سنة و المهاجرين ومضطربي السمع	محتويات التوهمات هي بعيدة الاحتمال لكنها ليست شاذة، نادراً ما تكون اضطرابات التفكير الأخرى موجودة، التفكير التوهمي محدود ولا يؤثر على المساحات الأخرى من حياة المريض
الاضطراب الذهاني المتقاسم	امرأة بعمر 19 سنة والدتها المريضة تعتقد بأن الشرطة تخطط لاعتقالها بدأت هي الآن بالاعتقاد بنفس الشيء، اختفى هذا الاعتقاد عندما غادرت والدتها الولاية	تطور الأعراض التوهمية في شخص هو في علاقة وثيقة مع شخص آخر (عادة زوج أو أي فرد من العائلة) لديه أعراض توهمية مشابهة (المحرض)، أكثر شيوعاً في النساء والأشخاص من مجموعات اقتصادية واجتماعية متدنية	توهمات المريض متشابهة في المحتوى مع تلك التي للمحرض

C. **لبعض الاضطرابات العقلية** التي تتميز بأعراض ذهانية سبب طبي واضح، تشمل هذه الاضطرابات (التي كانت تدعى سابقاً (المتلازمات العقلية العضوية):

1. الهذيان والعته والاضطرابات النسيانية والإدراكية الأخرى (انظر الفصل 19).
2. الاضطرابات العقلية نتيجة مرض عام.
3. الاضطرابات المتعلقة بالمادة (انظر الفصل 10).

II. **العلاج والإنذار:** علاج وإنذار الاضطرابات الذهانية الأخرى مبينان في الجدول (2-12).

الجدول 12-2: علاج وإنذار الاضطرابات الذهانية الأخرى

الاضطراب	العلاج	الإنذار
الاضطراب الذهاني المختصر	إقامة قصيرة في المشفى، مضاد ذهان مع/ أو بنزوديازيبين، علاج نفسي مطمئن وداعم للذين يعانون من حادثة شدة مثيرة للاضطراب (في حال وجودها)	50-80% من المرضى يشفون تماماً، يشخص في 20-50% من المرضى في النهاية أن لديهم فصاماً أو اضطراب مزاج
الاضطراب ذو الشكل الفصاماني	إدخال المريض إلى المشفى، مضادات ذهانية وعلاج نفسي داعم	33% من المرضى يشفون تماماً 66% تتطور حالتهم إلى اضطراب عاطفي مزاجي أو فصام
الاضطراب العاطفي الفصامي	إدخال إلى المشفى، مضادات الاكتئاب و مضادات الهوس، العلاج بالصدمة الكهربائية، تستعمل مضادات الذهان للحوادث الذهانية أو تكون هي المعالجة الأساسية إذا كانت مثبتات المزاج غير مفيدة	إنذاره أفضل من الفصام وأسوأ من الاكتئاب مزمن ومدى الحياة
الاضطراب التوهمي	علاج نفسي لكسب ثقة المريض، محاولة العلاج بال Pimozide (orap) خاصة في التوهمات الجسمية أو الهالوبيريرول بالرغم من أن مضادات الذهان غالباً ليست فعالة	بعد متابعة طويلة الأمد فإن 50% يشفون و 30% يبقون في نفس الحالة و 20% يبدون نقصاً في الأعراض، يكون للمرضى الأصغر عمراً عند البدء وذو البداية المفاجئة مع حادث مثير إنذار جيد.
الاضطراب الذهاني المتقاسم (Folie à deux)	أبعد المريض عن تأثير المحرض، دعم اجتماعي، علاج نفسي ومضاد ذهاني	10-40% من الحالات تزول مع الانفصال عن المحرض (يمكن أن يكون غير عملي إذا كان المحرض فرد من العائلة)



اضطرابات المزاج

Mood Disorders

I. مقدمة

A. تتميز اضطرابات المزاج أو العاطفة باضطراب أولي في المزاج مسبباً ازعاجاً ومشكلات شخصية ومهنية.

B. يشمل DSM-IV-TR على الأصناف التالية لاضطراب المزاج:

1. الاضطراب الاكتئابي الرئيس.
2. اضطراب ثنائي الطور I Bipolar I disorder
3. اضطراب ثنائي الطور II Bipolar II disorder
4. اضطراب سوء المزاج dysthymic d.
5. الاضطراب المزاجي الدوري Cyclothymic d.
6. اضطرابات المزاج الناجمة عن حالة طبية عامة (انظر C-II).
7. اضطراب المزاج المحدَث بمادة.

C. يظهر الجدول 13-1 الانتشار خلال الحياة، العمر عند البدء، الفترة الزمنية للأعراض المطلوبة للتشخيص وإنذار اضطراب المزاج.

D. السببيات

1. الأسباب الحيوية لاضطراب المزاج تشمل تغير فعالية النواقل العصبية وبشكل أساس نقص التوفر الحيوي للسروتونين والنورابينفرين وشذوذات في المحور الحوفي الوطائي النخامي الكظري.
2. السببيات النفسية للاكتئاب تشمل فقدان أحد الوالدين في مرحلة الطفولة وفقداناً اجتماعياً خلال مرحلة البلوغ (فقدان القرين) وفقدان تقدير الذات وفقدان الأمل والتفسير السلبي لحوادث الحياة (فهم الإطراء الحقيقي على أنه مراء وغير مستحق).

II. الاضطراب الاكتئابي الرئيس

A. الخصائص

1. رجل بعمر 40 سنة يخبر طبيبه بأن لديه ضعف اهتمام في النشاطات التي كان يستمتع بها سابقاً. لقد فقد 11 باونداً ويستيقظ قبل رنين المنبه بساعتين ولا يستطيع العودة الى النوم ويصرح "عائلتي ستكون أفضل حالاً من دوني" ويقول إنه بالرغم من أنه يشعر بالتعب و "منحرف المزاج" يشعر أغلب الوقت بأنه أفضل حالاً في المساء من الصباح إلى حد ما (التغير النهاري في الأعراض).
2. يتميز الاضطراب الاكتئابي الرئيس بحوادث لمزاج مكتئب بشدة يؤدي إلى فقدان السعادة والاهتمام بأغلب النشاطات العادية للشخص.
3. 50% من المرضى المكتئبين يبدون غير واعين بالاكتئاب أو ينكرون وجوده (اكتئاب مقنع masked depresasion) بالرغم من وجود الأعراض لديهم (غالباً مبهمة أو جسمية).
4. اضطراب الاكتئاب الرئيس هو لدى النساء ضعف الرجال.
5. يعود مزاج وأداء المريض إلى الطبيعي بين الحوادث عادة.

الجدول 13-1 : الانتشار خلال الحياة والعمر عند البدء والفترة الزمنية للأعراض وإنذار اضطرابات المزاج

الاضطراب	الانتشار خلال الحياة	العمر عند البدء	الفترة الزمنية للأعراض المطلوبة للتشخيص	الإنذار
الاضطراب الاكتئابي الرئيس	5-10% في الرجال 10-20% في النساء	العمر الوسطي للبدء هو 40 سنة	على الأقل أسبوعين	تحدث عموماً 5-6 حوادث اكتئابية خلال فترة 20 سنة ، يزداد تواتر وطول الحوادث مع العمر، 75% من المرضى يعالجون بنجاح ، 15% من المرضى يحاولون الانتحار في النهاية
الاضطراب ثنائي الطور	1% لثنائي الطور I ، لا اختلاف في الجنس ، 0.5% لثنائي الطور II ، يمكن أن يكون أكثر شيوعاً في النساء	تحدث أول حادثة هوسية عادة قبل عمر 30 سنة	يجب أن تدوم الأعراض الهوسية أسبوعاً واحداً على الأقل	إنذار أسوأ من الاضطراب الاكتئابي الرئيس، تتناقص الفترة بين الحوادث الهوسية (6-9 أشهر عادة) مع تطور المرض
اضطراب سوء المزاج	6% ، أكثر شيوعاً في النساء بـ 2-3 مرات	50% من المرضى لديهم أعراض قبل عمر 25 سنة (نمط البدء المبكر)	سنتين على الأقل	يكون لدى 20% من المرضى في النهاية اضطراب اكتئابي رئيس، 20% في النهاية لديهم اضطراب ثنائي الطور (I أو II)، 25% على الأقل يحتفظون بأعراض اكتئابية خلال الحياة
اضطراب المزاج الدوري	< 1% ، يحدث بشكل متساو خلال الحياة	العمر الأكثر شيوعاً للبدء هو 15-25 سنة	سنتين على الأقل	مزمن مدى الحياة ،يشخص 33% من الحالات في النهاية مع الاضطراب ثنائي الطور

الجدول 13-2 : العلامات السوداوية (الإنباتية) للاكتئاب SIG: ECAPS

مساعد للذاكرة	العلامة	تعليق
S	النوم Sleep	من الشائع وجود أرق واستيقاظ صباحي مبكر
I	الاهتمام Interest	نقص الاهتمام في النشاطات الاعتيادية وفي الدافع
G	الذنب Guilt	يشعر مرضى كثيرون بالتوبيخ الذاتي
E	الطاقة Energy	من الشائع فقدان النشاط (من الصعب إنجاز المهام الروتينية والعادية)
C	التركيز Conventration	مشكلات إدراكية (من الشائع وجود صعوبة في الانتباه واضطرابات في الذاكرة)
A	الشهية Appetite	من الشائع وجود نقص رغبة في الطعام والجنس
P	النشاط المحرك النفسي Psyschomotor activity	يكون نقص النشاط الجسمي (تخلف نفسي حركي) شائعاً وخصوصاً عند الكهول، تحدث زيادة النشاط الجسمي على نحو أقل (اهتياج نفسي حركي)
S	فكرة الانتحار Suicidal ideation	توجد أفكار التدمير الذاتي في 65% من المرضى و 10-15% من المرضى المكتئبين يحاولون الانتحار

B. الأعراض الموجودة في المريض المكتئب

1. الأعراض الذهانية : يمكن أن تحدث (اكتئاب مع مظاهر ذهانية) بالرغم من عدم شيوع التوهمات الثابتة أو الهلوسات.

2. الأعراض الجسمية : هي شائعة وتتراوح بين مراقبة خفيفة إلى توهمات جسمية (أشعر وكأن أحشائي تفسد).

3. للحادثة الاكتئابية مظاهر سوداوية **melancholic features** في حال شكى المريض من فقدان السعادة في كل أو أغلب النشاطات (فقدان المتعة anhedonia) وهي لا تستجيب للمنبهات السارة. بالإضافة لذلك يبدي المريض سوداوية نموذجية أو علامات إنباتية ملخصة في رموز مساعد الذاكرة SIG: ECAPS (الجدول 13-2)

4. **الاضطراب العاطفي الموسمي Seasonal affective d.** هو نمط فرعي للاضطراب الاكتئابي الرئيس يترافق مع فصل الشتاء ولأيام قصيرة ويستجيب أكثرهم إلى التعرض للضوء ذي الطيف الكامل.

C. **التشخيص التفريقي:** الحالات الطبية المترافقة مع اكتئاب :

1. السرطان وخصوصاً أورام المعثكلة وأورام البطن الأخرى.
2. مرض فيروسي (ذات رئة ، انفلونزا ، AIDS).
3. الشذوذات الغدية خصوصاً اضطراب الوظيفة الدرقية.
4. مرض عصبي (داء باركنسون ، تصلب عديد ، سكتة دماغية (وخاصة الجبهة اليسرى).
5. عوز غذائي.
6. مرض كلوي أو قلبي وعائي.
7. أدوية (Reserpine ، ستيروئيدات ، بروبرانولول ، methyldopa).

D. **التشخيص التفريقي:** الحالات النفسية المترافقة مع اكتئاب :

1. الفصام وخصوصاً بعد حادثة ذهانية حادة (انظر الفصل 12).
2. اضطرابات القلق (انظر الفصل 14).
3. سوء استعمال كحولي أو دوائي (خاصة المهدئات) أو انسحاب (خاصة المنبهات) (انظر الفصل 10).
4. الاضطرابات جسمية الشكل .Somatoform d. (انظر الفصل 15)

E. العلاج الدوائي والعلاج بالصدمة الكهربائية (ECT)

1. مضادات الاكتئاب

a. مضادات الاكتئاب متعددة الحلقة (ثلاثية الحلقة أو رباعية الحلقة)، مثبطات إعادة التقاط السروتونين الانتقائية selective serotonin reuptoke inhibitor (SSRIs)، مثبطات MAO ومضادات اكتئاب أخرى (انظر الفصل 25)، كل نمط دوائي له فوائده ومضاره (الجدول 13-3)

b. بالرغم من أن الأدوية متعددة الحلقة كانت الركن الأساس في العلاج فإنه تستعمل (fluoxetin) SSRIs الآن كأدوية خط أول.

2. الفعالية، كمون التأثير، العلاجات المركبة

a. تأخذ كل مضادات الاكتئاب 3-6 أسابيع لكي تعمل.

b. كل مضادات الاكتئاب لها فعالية متكافئة.

c. يمكن أن تستخدم مشاركة بين مضادات الاكتئاب متعددة الحلقة مع مثبطات MAO بحذر شديد، يمكن أن يستعمل الليثيوم والهرمون الدرقي (T3) لتعزيز فعالية مضادات الاكتئاب.

d. المرضى الذين لديهم اكتئاب مع مظاهر ذهانية يمكن أن يعالجوا بمشاركة بين مضادات الاكتئاب ومضادات الذهان.

e. المنبهات مثل methylphenidate أو Dextroamphetamine يمكن أن تكون مفيدة لتحسين المزاج في مرضى محددين (المرضى الانتهائيين) أو في أشخاص مصابين باكتئاب معند. ميزاتها الحسنة تتمثل بسرعة في التأثير (دون انتظار 3-6 أسابيع) أما ميزاتها السيئة فتتمثل في احتمال حدوث الإدمان على هذه المنبهات وقد وضعت قيود على استعمالها من قبل السلطات المختصة في بعض الولايات.

الجدول 13-3: الميزات الحسنة والسيئة للعلاجات الدوائية للاكتئاب

العلاج	الميزات الحسنة	الميزات السيئة
مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة	لا اهتياج أو انزعاج هضمي	تركين، تأثيرات مضادة للكولين، تأثيرات قلبية وعائية (هبوط ضغط انتصابي)، زيادة وزن، خطيرة في حال زيادة الجرعة
مثبطات إعادة السيروتونين الانتقائية SSRIs	تأثيرات مضادة للكولين وقلبية وعائية أقل، تركين أقل، زيادة وزن بشكل أقل (في البداية يمكن أن يحدث نقص وزن)، أكثر أماناً في حال زيادة الجرعة	اهتياج وأرق (خاصة fluoxetine) مشكلات جنسية وخاصة تأخر الرعشة الجنسية، غثيان، إسهال وانزعاجات هضمية أخرى.
مثبطات MAO	مفيدة في الاكتئاب الذي لا يستجيب للأدوية الأخرى، مفيدة في الاكتئاب غير النموذجي (أعراض مختلطة لقلق مع اكتئاب)	أزمة فرط ضغط (أثر الجبن cheese effect) بعد تناول أغذية غنية بالتيرامين (بيرة، نبيذ، بقوليات عريضة، جبنة قديمة، كبد بقر أو دجاج، لحم مخلل أو مدخن) أو مقلدات الودي، خطيرة في حال زيادة الجرعة

F. العلاج بالصدمة الكهربائية ECT

1. العلاج بالصدمة الكهربائية هو معالجة آمنة وفعالة لمرضى مكتئبين معينين.
2. العلاج بالصدمة الكهربائية يعمل بسرعة

ويمكن أن يكون ذا تأثيرات جانبية أقل من المعالجة المديدة بمضادات الاكتئاب (الجدول 13-4) ولهذا السبب يمكن أن يكون مفيداً في المرأة الحامل أو المرضى الكهول الذين لا يتحملون التأثيرات الجانبية للأدوية المضادة للاكتئاب.

الجدول 13-4: العلاج بالصدمة الكهربائية (ECT)

الوصف	إحداث نوبة صرع معممة تدوم 25–60 ثانية بتمرير تيار كهربائي عبر الدماغ، يمكن أن يكون أحادي الجانب (الكترودين "قطبين" يوضعان على نصف الدماغ غير المسيطر أحدهما في المنطقة الجبهية الصدغية والآخر في المنطقة الجدارية أو جبهياً ثنائياً يوضع الكترود على كل حاجب) أو ثنائي الجانب (الكترودين "قطبين" يوضعان على كل صدغ)، تأثير جانبي في أحادي الجانب والجبهي الثنائي أقل من الثنائي ولكنه أقل فعالية.
الاستطباب الرئيس	اضطراب اكتئابي رئيس معند على مضادات الاكتئاب، يمكن أن يحدث التحسن بعد أول علاج
استعمال رئيس آخر	أعراض اكتئابية خطيرة لأي سبب، خصوصاً عندما يكون الزوال السريع للأعراض الاكتئابية ضرورياً بسبب الخطورة العالية للانتحار.
التأثير الجانبي الرئيس	النسيان (يكون عادة تراجعياً) ويزول خلال 6 أشهر
كيفية تطبيقه	تحضير بالأتروبين ثم تخدير عام [methohexital (Brevital) ومرخي عضلي (succinylcholine (Anectine)] يعطى قبل تحريض نوبة الصرع
العدد المثالي للعلاجات	ثماني علاجات خلال فترة 2-3 أسابيع
مضاد الاستطباب الرئيس	زيادة الضغط داخل القحف أو احتشاء قلب حديث
المحافظة على التحسن	دواء مضاد للاكتئاب أو علاج بالصدمة الكهربائية يطبق مرة أو مرتين في الشهر.

G. العلاجات النفسية

1. يتضمن علاج الاكتئاب العلاج التحليلي النفسي والعلاج بين الشخصي والعائلي والسلوكي والإدراكي. (انظر الفصول 26، 27 و 28).

2. العلاج النفسي بالمشاركة مع الدوائي هو أكثر فعالية من كل علاج لوحده.

H. السير

1. الحادثة الاكتئابية غير المعالجة تزول لوحدها عادة وتدوم 6 أشهر أو أكثر.
2. 25% فقط من مرضى الاكتئاب يطلبون العلاج.
3. مرضى الاكتئاب الشديد غالباً لا يملكون القدرة على الانتحار وعندما تعود هذه القدرة استجابة للعلاج تزداد خطورة الانتحار.
4. الأسباب الرئيسة لإدخال المريض المكتئب إلى المشفى:
   a. خطورة انتحار عالية.
   b. عدم القدرة على الاعتناء بنفسه.
   c. أنظمة دعم اجتماعية سيئة.
   d. استعمال للكحول أو سوء استعمال مواد أخرى مرافق للاكتئاب.
   e. لديه أعراض ذهانية

III. الاضطراب ثنائي الطور Bipolar d.

A. الخصائص

1. عارضة هوسية: رجل بعمر 28 سنة أحضر إلى قسم الإسعاف من قبل الشرطة لأنه حاول الدخول إلى المبنى الاتحادي "ليتحدث مع الرئيس" حول إدارة برنامج تلفزيوني عالمي للشفاء من AIDS (شعور بالعظمة) وعندما منعته الشرطة من الدخول إلى المبنى أصبح متهيجاً وعدوانياً ويقاوم محاولات عناصر الشرطة لمنعه (عداوني).
2. اضطراب ثنائي الطور I يشمل عوارض لكل من هوس (مزاج مبتهج جداً) واكتئاب رئيس.

الجدول 13-5: المجالات الخمسة للانتحار

مجال	احتمال حدوثها قليل الخطورة	احتمال حدوثها مرتفع الخطورة
المجالات الخمسة الأولى (ترتيب عكسي)		
1. التاريخ	ليس لديه تاريخ سابق (لم يحاول الانتحار سابقاً)	محاولة سابقة للانتحار (محاولة جدية)
2. العمر	أكثر شباباً	أكبر عمراً
3. استخدام المادة	استخدام قليل أو لا يوجد استخدام للمادة	سوء استخدام للمادة
4. التصرف	ليس مندفع أو عدواني	تاريخ من الاندفاع وتصرفات عدوانية
5. الجنس	أنثى	ذكر
مجالات خطورة أخرى		
العرق	أمريكي من أصل أفريقي	أبيض
الوضع الاجتماعي	متزوج	منعزل اجتماعياً
تاريخ العائلة	لا يوجد تاريخ للانتحار في العائلة	حدوث محاولة للانتحار من قبل الأهل أو أحد الأقرباء
الدين	كاثوليكي أو مسلم	يهودي أو بروتستانت
الصحة	جيدة	مرض مزمن
الوضع	غير حرفي أو مهني	حرفي – مهني
الظروف الاقتصادية	اقتصاد قوي	هبوط اقتصادي "عدم استقرار"
الوظيفة	مقتنع بالوظيفة (وغير طموح)	اقتناع أو رضى أقل عن النفس

3. اضطراب ثنائي الطور II يشمل عوارض لكل من تحت الهوس hypomania (مزاج مرتفع ولكن ليس شديداً كما في الهوس) واكتئاب رئيس.

4. الطور الاكتئابي من الاضطراب ثنائي الطور يشبه الاكتئاب في الاضطراب الاكتئابي الرئيس ولكن يمكن أن تختلف العارضة الأولى. الحالات التي يرافقها عارضة أولى من الاكتئاب وتنبئ بالاضطراب ثنائي الطور هي :

   a. اكتئاب يتميز بأعراض ذهانية أو تراجع نفسي حركي.

   b. هوس أو تحت هوس بعد علاج بدواء مضاد للاكتئاب.

   c. اكتئاب ما بعد الولادة Postpartum Depression.

5. الحوادث الهوسية غير المعالجة تدوم حوالي 3 أشهر ولا يوجد اضطراب هوسي أحادي الطور لأن الأعراض الاكتئابية ستحدث أخيراً لذلك فإن عارضة واحدة من هوس أو تحت هوس تحدد اضطراب ثنائي الطور.

B. التشخيص التفريقي

1. الفصام (الفصل 11).
2. الاضطراب العاطفي الفصامي (الفصل 12).
3. إساءة استعمال المادة (الفصل 10).
4. الهذيان (الفصل 9).
5. اضطراب المزاج الدوري (انظر إلى أسفل).
6. شذوذات الغدد الصم ولا سيما عسر وظيفة الدرق

C. الحدوث

1. نسبة حدوث الاضطراب ثنائي الطور :

   a. 75% للتوائم أحادية البويضة لمرضى باضطراب ثنائي الطور.

b. 60% لشخص والداه مصابان باضطراب ثنائي الطور.

c. 20% لأقرباء الدرجة الأولى (طفل، أخ) لمرضى باضطراب ثنائي الطور.

d. 1% لعامة الناس.

2. لا تشاهد اختلافات عرقية لكن في المرضى الأمريكيين من أصل أفريقي وأمريكا اللاتينية فإن اضطرابات المزاج (خاصة اضطراب ثنائي الطور) غالباً تشخص خطأ على أنها فصام.

D. **العلاج** (وانظر الفصل 19)

1. الدواء المثالي لعلاج الهوس هو الليثيوم. إن الدواء المختار للمعالجة الإسعافية في الغرفة لعارضة الهوس هو مضاد ذهان مثل haloperidol (haldol).

2. يستعمل الليثيوم أيضاً للسيطرة على السلوك العدواني وتعزيز فعالية مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة.

3. تستعمل مضادات الصرع مثل Carbamazepine (Tegretol) وValproic acid (depakene) وdivalproex (Depakote) أيضاً لعلاج الهوس خاصة الاضطراب ثنائي الطور سريع التحول (أكثر من أربع حوادث سنوياً) والعوارض المختلطة (مظاهر اكتئابية وهوسية مختلطة):

a. مضادات الاختلاج الحديثة التي لها آثار مهدئة للمزاج تشمل Lamotrigine (Lamictal)، gabapentin (Neurontin)، Topiramate (Topamax)، Tiagabine (Gabatril).

b. مضادات الاختلاج تستخدم أيضاً لمعالجة الأعراض ثنائية الطور المرافقة لاضطرابات الإدراك.

IV. اضطرابات سوء المزاج واضطراب المزاج الدوري

A. الخصائص

1. اضطراب سوء المزاج: امرأة بعمر 26 سنة شعرت بالاكتئاب بعد تخرجها من الكلية منذ 4 سنوات وتقول عائلتها بأنها لا تبدو سعيدة حقاً وترفض اقتراحاتهم بطلب العلاج النفسي.
2. يتضمن اضطراب سوء المزاج اكتئاباً طفيفاً أو متوسطاً أغلب الوقت بدون عوارض منفصلة.
3. اضطراب المزاج الدوري: امرأة بعمر 30 سنة تبدو مليئة بالحيوية والتفاؤل بدون سبب واضح (فترة ابتهاج أو تحت هوس) خلال الأربعة أشهر الأخيرة و كانت توصف سابقاً من قبل أصدقائها وعائلتها بأنها في حالة انقباض.
4. يتضمن اضطراب المزاج الدوري عوارض من تحت هوس واكتئاب معتدل أو متوسط.
5. لا يوضع تشخيص اضطراب سوء المزاج أو اضطراب المزاج الدوري حتى تدوم الأعراض لدى المريض سنتين على الأقل.

B. التشخيص التفريقي

1. التشخيص التفريقي الأكثر شيوعاً لاضطراب سوء المزاج هو الفقدان Bereavement أو اضطراب في التكيّف مع مزاج مكتئب. وبالعكس من اضطراب سوء المزاج يوجد في الفقدان (الفصل 6) أو اضطراب التكيّف (الفصل 20) شدة حياتية محددة بوضوح تثير الأعراض الاكتئابية حيث تهدأ مع الوقت.
2. سوء استعمال المادة خاصة سوء استعمال مثبطات الجملة العصبية المركزية يمكن أن يشبه سوء المزاج، يمكن للمرضى الذين يتناولون منبهات الجملة العصبية المركزية أن يبدوا تحت مهووسين (الفصل 10).

3. الاضطراب الاكتئابي الرئيس وهو يأتي على شكل عوارض ويكون شديداً و يتسبب في اضطراب عميق للأداء الاجتماعي والمهني، لا يأتي اضطراب سوء المزاج على شكل عوارض وهو مزمن وأقل شدة ويتسبب في اضطراب طفيف أو متوسط أو شديد في الأداء ولا يترافق أبداً مع ذهان.

4. في بعض مرضى الاضطراب الاكتئابي الرئيس يتميز الطور المتبقي باضطراب سوء مزاج (اكتئاب مزدوج).

C. **السببيات**: يساهم فيه مرض طبي مزمن في الطفولة و فقدان قريب حميم.

D. **العلاج**

1. العلاجات النفسية الأكثر فعالية لاضطراب سوء المزاج هي العلاج الإدراكي (انظر الفصل 27) والعلاج النفسي المتوجه للبصيرة (انظر الفصل 26).

2. بالرغم من أن مضادات الاكتئاب كانت تعتبر سابقاً غير فعالة فإنها الآن تستعمل في علاج اضطراب سوء المزاج.

3. مثبطات MAO و SSRIs هي فعالة أكثر من الأدوية متعددة (متغايرة) الحلقة في المرضى المكتئبين مع وجود قلق هام (اكتئاب غير نموذجي).

4. الأدوية المضادة للهوس في جرعات مشابهة للتي تستعمل في علاج الاضطراب ثنائي الطور هي العلاج الأولي لاضطراب المزاج الدوري.



اضطرابات القلق

Anxiety Disorders

I. مقدمة

A. خصائص عامة

1. تتميز اضطرابات القلق بالتظاهرات الشخصية والجسمية للخوف.
2. يعاني الشخص القلق من التوجس ولكن بالعكس من الخوف الحقيقي يكون مصدر الخوف غير معروف وغير مميز وغير كاف للتسبب في الأعراض.
3. التظاهرات الفيزيولوجية للقلق مشابهة للتي للخوف وتشمل على ارتعاش وخفقانات (معاناة شخصية لتسرع قلب) وفقدان الحس حول الفم وتعرق ودوام وتوسع حدقات وإغماء ونمل في الأطراف واضطرابات هضمية وتواتر وإلحاح بولي.

B. السببيات

1. العوامل الحيوية والنفسية والوراثية يمكن أن تساهم في تطور اضطرابات القلق.
2. النواقل العصبية المتورطة تشمل γ aminobutyric acid (GABA)، نقص فعالية) والسروتونين (نقص فعالية) والنورابينفرين (زيادة فعالية).

3. حالات طبية مترافقة مع أعراض القلق تشمل زيادة استهلاك الكافيئين وسوء استعمال المادة وعوز الفيتامين B_{12} وفرط نشاط الدرق ونقص السكر واضطراب النظم القلبي وانسدال الصمام التاجي وورم القواتم (ورم لب الكظر).

C. **التصنيف**

1. تصنيفات DSM-IV-TR الرئيسة الخمسة لاضطرابات القلق هي :
   a. اضطراب الهلع مع أو بدون رهاب الساح
   b. الرهابات (النوعية والاجتماعية)
   c. الاضطراب الوسواسي القسري (OCD) .
   d. اضطراب القلق المعمم (GAD).
   e. اضطراب الشدة ما بعد الرض (PTSD) واضطراب الشدة الحاد (ASP)
2. التصنيفات الأخرى لاضطرابات القلق
   a. اضطراب قلق عائد إلى حالة طبية عامة
   b. اضطراب قلق محرَّض بالمادة
3. الجدول 14-1 يبين التشخيص التفريقي لاضطرابات القلق.
4. الجدول 14-2 يصف علاج اضطرابات القلق.

II. اضطراب الهلع (مع أو بدون رهاب الساح Agoraphobia)

A. **الخصائص**

1. طالبة طب بعمر 22 سنة تحضر إلى قسم الإسعاف بتسرع قلب وتعرق وضيق نفس كأن لديها أزمة قلبية تماماً. بدأت الأعراض فجأة عندما كانت في منتزه للتسوق، وما عدا تسرع معدل النبض كانت الموجودات طبيعية في الفحص السريري.

الجدول 14-1 : التشخيص التفريقي لاضطراب القلق

التصنيف	التشخيص التفريقي النفسي	التشخيص التفريقي الجسمي
اضطراب الهلع مع أو بدون رهاب الساح	رهاب اجتماعي أو نوعي، اضطراب القلق المعمم، الاكتئاب، الفصام (الطور البادري)، التمارض، المراقية، الاضطراب المصطنع	الاحتشاء القلبي (لأنه يحدث في كليهما ضيق نفس وألم صدري وتسرع قلب وتعرق)، اضطرابات النظم، انسدال الصمام التاجي وفرط نشاط الدرق وورم القواتم واستعمال دواء منبه أو الانسحاب عن دواء مثبط للجملة العصبية المركزية.
الرهاب النوعي	الاضطراب الوسواسي القسري، المراقية، اضطراب الشخصية الزوري، اضطراب الهلع، الاضطراب التوهمي، القهم العصبي والشراهة العصبية	...
الرهاب الاجتماعي	خجل طبيعي، اضطراب الشخصية الفصاماني، اضطراب الشخصية المتحاشية، اضطراب الهلع، الاضطراب الاكتئابي الرئيس	...
الاضطراب الوسواسي القسري	الفصام، اضطراب الشخصية الوسواسية القسرية	اضطراب Tourette، صرع الفص الصدغي
اضطراب القلق المعمم	اضطرابات القلق الأخرى وخاصة اضطراب الهلع	فرط نشاط الدرق وتناول القهوة الزائد، استعمال دواء منبه، انسحاب عن مهدئ
اضطراب الشدة ما بعد الرض	اضطراب القلق المعمم، سوء استعمال المادة، اضطراب الشخصية الحدية، الاضطراب المصطنع، التمارض، العامل المميز المهم بين اضطراب الشدة ما بعد الرض وهذه الاضطراب هو وجود حادث رضي كارثي في قصة المريض	أذية دماغية نتيجة حادث رضي

2. يتألف اضطراب الهلع من هجمات هلع Panic Attack محددة بفترات عارضية من أعراض قلق ذات بدء مفاجئ وتزداد شدة خلال فترة 10 دقائق تقريباً.

3. تحدث هجمات الهلع مرتين في الأسبوع تقريباً وتدوم 30 دقيقة تقريباً ويخاف المريض بين الهجمات أن تنتابه هجمة أخرى (قلق استباقي anticipatory anxiety).

4. الاضطراب المترافق مع رهاب الساح agoraphobia يتألف من هجمات هلع تثار بالتعرض لمكان مفتوح (عندما يخرج المريض من منزله وحيدا) أو لموضع لا يمكن للمريض فيه الهرب أو الحصول على مساعدة.

الجدول 14-2: علاج اضطرابات القلق

التصنيف	العلاج (في ترتيب تنازلي للاستخدام في كل تصنيف)	
	العلاج الدوائي	العلاج النفسي
اضطراب الهلع مع أو بدون رهاب الساح	لعلاج الهجمة الحادة والقلق الاستباقي: بنزوديازبين وخاصة Alprazolam (xanax) ويستمر العلاج الدوائي 8-12 شهراً مع انسحاب تدريجي، بعض المرضى يستجيبون جيداً للجرعات البدئية المنخفضة. للصيانة مثبطات إعادة التقاط (قبط) السيروتونين الانتقائية SSRIs، ثلاثيات الحلقة، مثبطات MAO	إزالة التحسس النظامي ويكون العلاج الإدراكي مساعداً ومفيداً للعلاج الدوائي
الرهاب النوعي	لا علاج دوائي فعال، بنزوديازيبنات قصيرة الأمد وحاصرات β للسيطرة على الأعراض الذاتية وتساعد خلال إزالة التحسس	إزالة التحسس النظامي مع تثبيط متبادل هو العلاج الأكثر فعالية، التنويم، العلاج العائلي والنفسي مفيدان أيضاً

التصنيف	العلاج (في ترتيب تنازلي للاستخدام في كل تصنيف)	
	العلاج الدوائي	العلاج النفسي
الرهاب الاجتماعي	مضادات الاكتئاب وبشكل أساسي مثبطات MAO، حاصرات β للسيطرة على الأعراض الذاتية خصوصاً في قلق الأداء أو الامتحان	يكون التدريب على التوكيد والعلاج الجماعي مفيدان
الاضطراب الوسواسي القسري	SSRIs، clomipramine (Anafranil) (مضاد اكتئاب ثلاثي الحلقة الأقوى في تأثيره على السروتونين)، يجب أن تزداد كلها تدريجياً للوصول إلى الجرعة الفعالة	العلاجات النفسية الأكثر إفادة هي العلاج السلوكي (الفيضان، الانفجار الداخلي، انظر الفصل 27)، يمكن أن يفيد العلاج النفسي الداعم (انظر الفصل 26)
اضطراب القلق المعمم	البنزودبازيبنات خصوصاً التي لها فترة تأثير متوسطة لأنها تعمل بسرعة وتدوم لفترة طويلة بشكل معقول ولها قوة إدمانية أقل من الأدوية قصيرة الأمد، buspirone (Buspar) هو الأكثر إفادة في المرضى الذين لم يعالجوا أبداًبالبنزوديازيبنات أو لا يستطيعون استخدامها (بالرغم من أنها تأخذ 2-3 أسابيع لكي تعمل)، مضادات الاكتئاب مثل venlafaxine (Effexor) و (Adepin أو Sinequan) doxepin. تستعمل حاصرات β بشكل أساسي للسيطرة على الأعراض الذاتية.	بما أن للبنزوديازيبنات خطورة اعتماد وإدمان عالية لذا فهي تستعمل بشكل أساسي للتفاقمات الحادة للأعراض (أسابيع إلى أشهر)، العلاج الإدراكي والسلوكي هما الأكثر إفادة في علاج الأعراض المزمنة.
اضطراب الشدة ما بعد الرض	لا علاج دوائي فعال بالرغم من بعض النجاح في محاولة العلاج بالأدوية التالية: مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة مثل sertraline (Zoloft)، مضادات الاختلاج وخاصة في الارتجاعات والكوابيس الليلية، حاضرات β للسيطرة على الأعراض الذاتية.	علاج نفسي ومجموعات دعم، يجب أن يُبدأ بالعلاج الجماعي بعد الحادث الراض بأسرع ما يمكن.

B. التشخيص

1. يمكن أن تحرض هجمة الهلع لأغراض تشخيصية في مريض باضطراب الهلع بواسطة الحقن الوريدي للصوديوم لاكتات في عيادة الطبيب. يمكن لفرط التهوية أو استنشاق Co2 (التنفس عبر كيس ورقي) أن يحرض هجمة هلع.
2. بالرغم من أن اضطراب الهلع يترافق مع انسدال الصمام التاجي فإنه لا توجد علاقة سببية معروفة.
3. الاكتئاب موجود في 50% تقريباً من المرضى المصابين باضطراب الهلع.

C. الحدوث

1. العمر الوسطي عند البدء هو 25 سنة.
2. اضطراب الهلع يشاهد أكثر عند النساء.
3. لاضطراب الهلع نسبة انتشار 1.5-3.5%
4. العوامل الوراثية موجودة، أقرباء الدرجة الأولى (أخ، طفل) لديهم فرصة أكبر بـ 4-7 مرات للإصابة باضطراب الهلع.
5. يمكن أن يحدث اضطراب الهلع مباشرة بعد طلاق أو انفصال زوجي.
6. اضطراب الهلع المترافق مع رهاب الساح يرتبط مع اضطراب قلق الانفصال في مرحلة الطفولة. (انظر الفصل 5)

D. الإنذار

1. لاضطراب الهلع سير مزمن مع عوارض متكررة كثيرة.
2. 90% من المرضى يعانون من النكس عندما يوقف الدواء.

III. الرهابات Phobias

A. الخصائص

1. الرهاب النوعي: امرأة بعمر 32 سنة تخاف الكلاب وترفض مغادرة منزلها للذهاب إلى العمل بسبب احتمال مشاهدتها لكلب في الطريق.

2. الرهاب النوعي هو خوف غير منطقي من مواضع أو أشياء معينة (حيوانات، مرتفعات، إبر) فيتجنب المريض الموضع أو الشيء المخيف.

3. الرهاب الاجتماعي: رجل بعمر 29 سنة غير مرتاح لأنه يجب عليه أن يأخذ زبوناً من أجل العشاء في مطعم وبالرغم من أنه يعرف الزبون جيداً فإنه خائف من أنه سيرتكب خطأ أثناء الأكل ويحرج نفسه فيقول إنه ليس جائعاً وعوضاً عن ذلك يرتشف الماء من كأس الماء.

4. الرهاب الاجتماعي هو خوف متفاقم من المواضع الاجتماعية أو البيئية (الحديث والأكل في الأماكن العامة واستعمال دورة المياه العامة) فيتجنب المريض المواضع المخيفة.

B. الحدوث

1. يحدث الرهاب النوعي في 7-11% من السكان.

2. يبلّغ عن الرهاب الاجتماعي في حوالي 3-13% من السكان.

C. الإنذار: تحدث لدى المرضى المصابين بالرهابات النوعية والاجتماعية مشكلة ثانوية (اضطراب في العمل، تعطيل عن المدرسة، فشل في الزواج).

IV. الاضطراب الوسواسي القسري (OCD)

A. الخصائص

1. قبل الذهاب إلى النوم في الليل تعدّ امرأة بعمر 25 سنة القرميدات في السقف خمس مرات على الأقل وقد ارتكبت خمس حوادث سير صغيرة لأنها انشغلت بعدّ إشارات المرور.
2. يعاني المرضى بـ OCD من أفكار وتخيلات ومشاعر اقتحامية متكررة (وساوس obsession تسبب قلقاً يهدأ جزئياً بالقيام بأعمال متكررة قسر Compulsion).
3. الوساوس والأعمال القسرية الأكثر شيوعاً تشمل على تلوّث (غسل بعد لمس أشياء عامة) وتدقيق (هل صدمت أحد ما بسيارتي) وعدّ ووضع الأشياء في ترتيب.
4. يدرك المرضى عادة بأن هذه الأفكار والتصرفات هي غير منطقية (الأعراض هي اضطراب المقوية الذات egodystonic) ويريدون التخلص منها (أي لديهم بصيرة).

B. السببيات

1. شذوذات في تخطيط كهربائية الدماغ EEG في دراسات النوم (نقص في كمون حركة العين السريعة REM) وشذوذات غدية عصبية مشابهة للتي ترى عند مرضى الاكتئاب.
2. استناداً إلى فعالية المثبطات الانتقائية لإعادة التقاط (قبط) السيروتين SSRIs و Clomipramine (Anafranil) (مضاد اكتئاب ثلاثي الحلقة الأقوى في تأثيره على السرتونين) في علاج OCD يبدو أن السرتونين هو الناقل العصبي الوثيق الصلة إلى حد بعيد.
3. يمكن للعوامل النفسية أن تكون موجودة غالباً تظهر أعراض OCD للمرة الأولى بعد شدة.

4. العوامل الوراثية تلعب دوراً أيضاً، يرتفع معدل التوافق لدى أقارب المريض من الدرجة الأولى وهو في التوائم وحيدة البيضة أعلى منه في التوائم ثنائية البيضة.

5. يرتبط OCD مع اضطرابات القلق الأخرى ومع اضطراب الشخصية الوسواسية القسرية واضطرابات الأكل واضطراب Tourette.

C. الحـــدوث

1. يبدأ OCD بشكل باكر في مرحلة البلوغ لكنه يمكن أن يبدأ في مرحلة الطفولة.

2. يحدث OCD في 2-3% من السكان.

3. يحدث OCD لدى الرجال والنساء بشكل متساوٍ.

D. الإنـــذار: تتحسن الأعراض بشكل كبير في ثلث المرضى بعد العلاج. وتتحسن الأعراض بشكل متوسط في نصف المرضى، وفي البقية لا تتحسن أو يحدث تدهور مترق في الأداء.

V. اضطراب القلق المعمم

A. الخصائص

1. امرأة بعمر 40 سنة تقول بأنها تعاني بشكل متكرر من خفقانات وضيق نفس وعسر هضم مزمن، وتقول بأنها منذ فترة طويلة تشعر بالتوتر والعصبية.

2. لدى المرضى باضطراب القلق المعمم أعراض دائمة للقلق تشمل فرط إثارة وتدوم 6 أشهر على الأقل.

3. أعراض القلق في اضطراب القلق المعمم تكون غير مرتبطة بشخص أو موضع محدد (القلق العائم بحرية free flouting anxiety)

4. يرتبط اضطراب القلق المعمم إلى حد بعيد بالاضطراب الاكتئابي الرئيس واضطراب سوء المزاج.

B. الحـــدوث

1. الانتشار خلال الحياة هو حوالي 5%.

2. اضطراب القلق المعمم يكون أكثر شيوعاً قليلاً في النساء (55-60%) من الرجال (40-45%).

2. في 50% من المرضى تحدث البداية في مرحلة الطفولة أو المراهقة.

C. الإنـــذار: نصف المرضى باضطراب القلق المعمم تقريباً لديهم أعراض مزمنة تزداد وتنقص وتتطلب العلاج بشكل غير نهائي. ويصبح بقية المرضى غير عرضيين خلال عدة سنوات. الاختلاط الرئيس للعلاج طويل الأمد هو الإدمان على البنزوديازبين.

VI. اضطراب الشدة ما بعد الرض (PTSD)

A. الخصائص

1. امرأة بعمر 35 سنة اغتصبت منذ 5 سنوات خلت ولديها ذكريات نشيطة متكررة للاغتصاب مصحوبة بقلق شديد وتقتحم هذه الذكريات بشكل متكرر نشاطاتها اليومية وغالباً ما توقظها الكوابيس الليلية المتعلقة بالحادث واشتدت الأعراض لديها عندما اغتصبت زميلتها في العمل منذ شهرين.

2. يحدث PTSD عندما يصيب حادث كارثي (عادة يكون مهدد للحياة أو قاتل مثل حرب أو زلزال أو حادث خطير أوسرقة) المريض أو صديقاً مقرّباً أو نسيباً.

3. يعاني المريض من أعراض فرط إثارة وانسحاب:

a. أعـراض فـرط الإثـارة – تـشمل قلـق وكوابـيس ليلـية متكـررة وذكـريات اقتحامـية للحـدث (ارتجاعـات flashbacks) وزيـادة الاستجابة الإجفالية وفرط حذر.

b. أعـراض الانـسحاب تـشمل خـدر الاسـتجابة العاطفـية وشـعوراً بالذنب وانفصالاً وانسحاباً اجتماعياً.

4. لتشخيص PTSD يجب أن تدوم الأعراض لأكثر من شهر أما في PTSD المزمن فيمكن أن تـدوم الأعـراض لـسنوات، الأعـراض الـتي تمتد بين يومين و 4 أسابيع بعد حادثة كارثية تشخص على أنها اضطراب شدة حاد acute stress d. (ASD) أكثر منه PTSD.

5. الأعـراض النفسية الـتي تحدث بعـد حـادث حياتي كارثـي أو خطير (لكـن لـيس مهـدداً للحـياة) (إفـلاس، طـلاق) يـشير إلى اضـطراب تكيّف (انظر الفصل 20).

B. **الحـــدوث:** شيوع PTSD خلال الحياة هو 1-14% في عامة السكان و3-58% في الأشخاص الذين في خطر خاص (الناجون من زلزال – الجنود المقاتلون).

C. **الإنـــذار:** نصف المرضى المصابين بـ PTSD يشفون تماماً خلال 3 أشهر، أما البقية فتدوم لديهم الأعراض لسنة أو أكثر.



الاضطرابات جسمية الشكل والاضطراب المصطنع والتمارض

Somatoform Disorders, Factitious Disorder, and Malingering

I. الاضطرابات جسمية الشكل

A. الخصائص

1. الاضطرابات جسمية الشكل تتميز بأعراض جسمية بدون سبب عضوي كافٍ، الشخص المصاب باضطراب جسمي الشكل هو غير متمارض وليس توهمياً ولكنه يعتقد بصدق أن لديه مشكلة جسمية.

2. تصنيفات DSM-IV-TR الخمسة الرئيسة للاضطرابات جسمية الشكل (الجدول 15-1 و 15-2) هي :

a. اضطراب التجسيد .Somatization d

b. اضطراب التحويل .Conversion d

c. المراقية .Hypochondriasis

d. اضطراب عسر المزاج الجسمي .Body Dysphoric d

e. اضطراب الألم .pain d

f. اضطراب جسمي الشكل غير مميز.

B. التشخيص التفريقي

1. التشخيص التفريقي الأكثر أهمية للاضطرابات جسمية الشكل هو مرض عضوي غير محدد.

الجدول 15-1 : خصائص الاضطرابات جسمية الشكل

الاضطراب	لقطة لمريض	الخصائص
اضطراب التجسيد	امرأة بعمر 45 سنة لديها قصة شكايات جسمية مزمنة ومبهمة منذ 20 سنة وهي تقول إنها دائماً تكون مريضة لكن أطباءها لم يحددوا المشكلة ولم يستطيعوا مساعدتها.	قصة شكايات جسمية متعددة على مدى سنين كثيرة تشمل : • 4 أعراض ألمية (صداع). • عرضين هضميين (غثيان). • عرض جنسي واحد (شذوذات طمثية). • عرض عصبي كاذب (شلل)
اضطراب التحويل	تعاني امرأة بعمر 28 سنة من فقدان مفاجئ للرؤية ولكنها تبدو غير مبالية، تقول إنها قبل بداية العمى مباشرة رأت طفلها ينطلق خارجاً كالسهم إلى الشارع.	فقدان مفاجئ للوظيفة الحركية والحسية (سمع، رؤية) ذو أهمية واضحة ورمزية غالباً. الأعراض الحركية الأكثر شيوعاً هي شلل (ينتقل إلى مناطق مختلفة من الجسم بينما تكون المنعكسات المرضية غائبة) وصرع (غريب غالباً) ولقمة الهستريائية (كتلة في الحلق)، التظاهرات الحسية الأكثر شيوعاً هي تنميل (إحساسات غير طبيعية) وخدر [غير متوافق مع التعصيب التشريحي غالباً (توزع " الجورب والقفاز ")]ومشكلات بصرية (عمى، رؤية قمعية)، تكون التنبيهات المثارة طبيعية (انظر الفصل 3).
المراقية	رجل بعمر 41 سنة يقول بأنه كان مريضاً في أغلب فترات حياته وقد رأى أطباء كثيرين (تسوق الأطباء) ولكنه غاضب من معظمهم لأنهم أحالوه في النهاية إلى أطباء نفسيين، يتخوف حالياً من أن لديه سرطان معدة لأن	قلق متزايد حول الصحة والمرض يستمر لمدة 6 أشهر على الأقل بالرغم من التقييم الطبي وطمأنة الطبيب له.

الاضطراب	لقطة لمريض	الخصائص
	معدته تصدر أصواتاً بعد الأكل. يبدو أن كثيراً من أمراضه السابقة وهي عبارة عن استجابات مضخمة لإحساسات جسمية طبيعية	
اضطراب المزاج الجسمي	امرأة بعمر 28 سنة تطلب عملية تصنيع جفن لجفنين " مرتجفين "، نادراً ما تخرج في أوقات النهار لأنها تعتقد أن هذه الخاصية تجعلها تبدو "كأنها سيدة مسنة " تبدو أجفانها بالفحص الفيزيائي سليمة تماماً	تركيز زائد على عيب جسمي صغير أو وهمي (على الوجه والرأس عادة)
اضطراب الألم	رجل بعمر 40 سنة لديه أذية صغيرة في الركبة يلعب الكرة منذ 11 شهراً، يستمر في الشكاية من ألم ركبة شديد بالرغم من عدم وجود دليل على أي شذوذ أو مع وجود شذوذ طفيف	انزعاج شديد وطويل الأمد غير مفسّر بأسباب جسمية بشكل كاف، يمكن أن يكون حاداً (أقل من 6 أشهر) أو مزمناً (أكثر من 6 أشهر) ويترافق غالباً مع مرض ما
اضطراب جسمي الشكل غير مميز	امرأة بعمر 40 سنة تقول بأنها غالباً ما تشعر بالغثيان و هذا يشغلها عن العمل. الفحوصات الجسمية والمخبرية طبيعية	أعراض جسمية دائمة لا تتوافق مع المعايير الكاملة لأي اضطراب جسمي الشكل آخر ، التعب والشكايات الهضمية والبولية والتناسلية وفقدان الشهية هي الأكثر شيوعاً

2. الأمراض الجسمية التي يتم تشخيصها بشكل خاطئ على أنها اضطراب جسمي الشكل :

a. اضطراب النسيج الضام في مرحلة باكرة (الذأبة الحمامية الجهازية – التهاب المفاصل الرثواني).

b. اضطراب في الجهاز العصبي المركزي (CNS) (ورم دماغي ، تصلب عديد ، صرع).

c. اضطرابات استقلابية وغدية (نقص سكر، سوء وظيفة درقية، بورفيريا).

3. يجب أن يستبعد الاضطراب المصطنع والتمارض (داء التظاهر)

4. يجب أن تستبعد الاضطرابات الذهانية المترافقة مع توهمات جسمية.

C. الحدوث

1. إن أغلب الاضطرابات جسمية الشكل هي أكثر شيوعاً في النساء بالرغم من أن المراقية تحدث بشكل متساوٍ في الرجال والنساء.

2. 50% من المصابين باضطراب جسمي الشكل لديهم أيضاً اضطراب عقلي آخر (الأكثر شيوعاً اكتئاب أو قلق).

D. السببيات

1. العوامل الوراثية توجد في معظم الاضطرابات جسمية الشكل.

2. يوجد غالباً ربح أولي أو ثانوي كنتيجة للأعراض بالرغم من أن المريض غير واعٍ لذلك.

a. يعبر المريض بشكل غير واعٍ عن شعور غير مقبول بعرض جسمي بحيث لا يجب عليه أن يتعامل مع الشعور (ربح أولي).

b. يخدم العرض الجسمي غرضاً مفيداً مثل الحصول على انتباه الآخرين أو تجنب المسؤولية (ربح ثانوي).

E. العلاج

1. الاستراتيجيات المفيدة للعلاج

a. إقامة علاقة جيدة بين الطبيب والمريض (برمجة مواعيد منتظمة، توفير الطمأنينة).

b. إنقاص الربح الثانوي المترافق مع العرض.

الجدول 15-2: حدوث وسير وإنذار الاضطرابات جسمية الشكل

الاضطراب	الحدوث	السير والإنذار
اضطراب التجسيد	البداية قبل عمر 30 سنة، تتنوع الأعراض النوعية بحسب الثقافة	مزمن ومدى الحياة، تتزايد الأعراض مع حوادث الشدة الحياتية
اضطراب التحويل	أكثر شيوعاً في المرضى الأقل تعقيداً من الناحية النفسية (مراهقون، بالغون شباب، ريفيون)، مترافق مع اضطراب الشخصية الهستريائية	غالباً تهدأ الأعراض في أقل من شهر وأحياناً تهدأ مباشرة بعد التنويم أو مقابلة أموباربتيال صوديوم (انظر الفصل 3)، تنكس الأعراض في ربع المرضى تقريباً خاصةً خلال شدة حياتية
المراقية	أكثر شيوعاً في الأعمار المتوسطة والمتقدمة	يمكن أن تستمر الأعراض لعدة سنوات، تتناوب هذه الفترات مع فترات أخرى تغيب فيها الأعراض تقريباً. بينما في 50% من المرضى تتحسن الأعراض خلال الحياة
اضطراب عسر المزاج الجسمي	البداية عادة في أواخر سن المراهقة	يتغير مستوى القلق مع الوقت، يجب أن تستعمل الجراحات التصنيعية أو العلاجات الدوائية بحذر لأنها نادراً ما تريح المريض
اضطراب الألم	البداية تكون عادة في الثلاثينات والأربعينات	يمكن أن يسبب الشلل للحركة خاصةً عند وجود مركب وظيفي في أعراض المريض، يمكن أن يصبح المريض معتمداً على المسكنات. يمكن أن تفيد مضادات الاكتئاب ذات التأثير السروتونيني (مثبطات إعادة قبط السيروتونين الانتقائية SSRIs)

c. تقييم نظام الدعم الاجتماعي وتحديد وتقليل الصعوبات في حياة المريض التي يمكن أن تفاقم الأعراض.

d. المحافظة على تعاون تام مع الأطباء الآخرين المعالجين للمريض.

e. التأكيد على التدبير أكثر من الشفاء كهدف للعلاج.

2. العلاجات الدوائية والنفسية

a. العلاج الدوائي له فوائد محدودة إلا إذا كان المريض لديه مرض نفسي مرافق (اكتئاب أو قلق).

b. يمكن أن يفيد العلاج النفسي الفردي والجماعي والعلاج بالتنويم والعلاج السلوكي والاسترخائي.

c. يمكن أن يسيطر العلاج الدوائي أو النفسي على الاضطراب ولكن الأعراض غالباً ما تعود.

II. الاضطراب المصطنع .Factitious d (Munchausen Syndrome) والاضطراب المصطنع بالوكالة Factitious d. by proxy

A. الخصائص

1. الاضطراب المصطنع بالوكالة : امرأة بعمر 34 سنة تأخذ ابنتها البالغة من العمر 8 سنوات إلى عيادة الطبيب وتقول إن الطفلة غالباً ما تعاني من نوبات زلة تنفسية شديدة وألم بطني ويظهر السجل الطبي للطفلة زيارات كثيرة للعيادة وأربع جراحات بطنية تسببت ببطن شبكية بالرغم من أنه لم توجد أية حالة شاذة. وعندما واجهها الطبيب بشكّه بأن المرض في الطفلة متظاهر به من قبل الأم حملت الأم الطفلة بغضب وغادرت العيادة مباشرة.

2. على العكس من مرضى الاضطرابات جسمية الشكل (الذين يعتقدون حقاً بأنهم مرضى) فإن المرضى في الاضطراب المصطنع يعرفون بأنهم يتظاهرون بأن لديهم مرض عضوي أو عقلي أو يُحدثون فعلياً مرض عضوي للحصول على الرعاية الطبية. في الاضطراب المصطنع بالوكالة يقوم البالغ ويكون عادة الوالد أو الوالدة بزعم أو إحداث مرض في الطفل للحصول على الرعاية الطبية.

3. يعمل المرضى غالباً في حقل طبي (ممرضات، فنيون) ويعرفون كيفية إحداث مرض ما.

4. الأعراض المزعومة تكون ألم بطني، حمى (بتسخين ميزان الحرارة)، دم في البول (بإضافة دم من وخزة إبرة)، إحداث تسرع قلب (بتطبيق دواء ما)، آفات جلدية (بأذية مناطق سهلة الوصول)، صرع.

5. الاضطراب المصطنع بالوكالة هو شكل من الإساءة إلى الطفل ويجب كتابة تقرير به إلى هيئات رعاية الطفولة

B. المسببات

1. لدى المرضى غالباً قصة مرض خطير في مرحلة الطفولة تسبب في علاج دوائي وإقامة في المشفى وخلال هذا المرض شعر المريض بالرعاية والحماية. وفي البلوغ ما يزال المريض يطلب الرعاية الطبية.

2. يمكن أن يكون لدى المرضى قصة إساءة أو إهمال في مرحلة الطفولة.

C. السير والإنذار

1. بما أن المريض منشغل الذهن في المرض والعناية الطبية لذلك يمكن أن تعاني الواجبات العملية والمدرسية والاجتماعية من ذلك.

2. المريض (يكون الطفل في الاضطراب المصطنع بالوكالة) يمكن أن يجتاز إجراءات طبية غير ضرورية أو يتلقى أدوية غير ضرورية.

III. التمارض

A. الخصائص

1. رجل بعمر 48 سنة يدّعي أن ظهره تأذى أثناء العمل ويؤكد بأن أذيته تمنعه من العمل وتتداخل مع واجباته الزوجية. لم يعد يعاني

من أي إشارة لمشكلات في الظهر بعد تلقيه تعويض عمل 50.000 دولار، لكنه لم يعد يعمل.

2. التمارض هو تمثيل واع أو مفاقمة لمرض جسمي أو عقلي من أجل كسب مالي أو أي كسب من نوع آخر (تجنب العمل أو الحجز).

B. **السير والإنذار:** بالعكس من المرضى المصابين بالاضطراب المصطنع الذين يطلبون العلاج الدوائي فإن المرضى المتمارضين يتجنبون العلاج وتتحسن الأعراض حالما يحصلون على الربح المطلوب.



الاضطرابات الانفصالية

Dissociative Disorders

I. مقدمة

A. الخصائص العامة

1. تتميز الاضطرابات الانفصالية بفقدان مفاجئ ولكن مؤقت للذاكرة أو للهوية الذاتية أو بمشاعر انفصال بسبب عوامل عاطفية.

2. تصنيفات DSM-IV-TR الرئيسة الأربعة هي :

a. النساوة الانفصالية

b. الشُراد الانفصالي

c. اضطراب الهوية الانفصالي (اضطراب الشخصية المتعددة)

d. اضطراب تبدد الشخصية و تبدد الواقع derealization

3. الجدول 16-1 يبين حدوث وسببيات وعلاج وسير وإنذار الاضطرابات الانفصالية.

B. التشخيص التفريقي

1. التشخيص التفريقي العضوي للاضطرابات الانفصالية يشمل سوء استعمال المادة وأذيات الرأس ومضاعفات العلاج بالصدمة الكهربائية أو التخدير والصرع والهذيان والعته.

2. التشخيص التفريقي للاضطرابات الانفصالية يشمل اضطراب الشدة ما بعد الرض (PTSD) والتمارض.

الجدول 16-1: حدوث وآلية وعلاج وسيرو إنذار الاضطرابات الانفصالية

الاضطراب	الحدوث	السببيات	العلاج	السير والإنذار
النساوة الانفصالية	غير شائعة، تصيب عادة البالغين الشباب والنساء	استعمال أليات دفاعية في كبح وإنكار بعد حادث راض عاطفياً مؤخراً	التنويم ومقابلة صوديوم أموباربيتال (انظر الفصل 30) لاستعادة الذاكرة الراضة، علاج نفسي طويل الأمد للتعامل مع المادة المستعادة	نسيان بعد شدة حادة يزول عادة خلال دقائق أو أيام ونادراً ما يدوم سنوات
الشراد الانفصالي	نادر ترافقه سيرة إفراط في الكحول			
اضطراب الهوية الانفصالي (اضطراب الشخصية المتعددة)	أكثر شيوعاً بشكله المعتدل مما كان يعتقد سابقاً ونادر في شكله الشديد، أكثر شيوعاً في النساء	معاناة رضية مبكرة خاصة إساءة في مرحلة الطفولة أو المراهقة، يترافق أغلبه مع سفاح القربى	يكون في بعض الحالات العلاج النفسي المتوجه للبصيرة مع أو بدون تنويم فعالا، دمج التحولات الشخصية، يمكن أن تفيد مضادات الاكتاب ومضادات القلق ومضادات الذهان ومضادات الصرع	مزمن غالباً ويترافق مع أعراض نفسية (اكتاب وقلق)
اضطراب تبدد الشخصية	يحدث غالباً بشكل طبيعي و بشكل مؤقت خاصة بعد شدة حادة	تعرض إلى شدة نفسية، العوامل المحرضة هي قلق واكتاب	مضادات القلق ومثبطات إعادة قبط السيروتونين الانتقائية (SSRIs) يمكن أن تكون مفيدة ونادراً ما يكون العلاج النفسي مفيداً	يبدأ عادة بين عمر 15-30 سنة ويحدث بشكل حادثي ويستمر عموماً لسنوات كثيرة

3. يدرس أعضاء بعض الديانات والثقافات تغير حالات الإدراك الحسي والهوية والوعي في نطاق الخبرات الخاصة (حالة الغشي التي تحدث في اللقاء الديني) وضمن هذه الإطارات فإن الانفصال لا يمكن أن يكون غير طبيعي.

II. النساوة الانفصالية (النساوة نفسية المنشأ)

A. جندي بعمر 20 سنة لا يستطيع تذكّر أحداث المعركة التي قتل نصف أفراد فصيلته فيها.

B. تتميز النساوة الانفصالية بعدم القدرة على تذكر معلومات هامة عن الذات.

III. الشراد الانفصالي Dissociative fugue (الشراد نفسي المنشأ)

A. سكرتيرة بعمر 32 سنة عاشت سابقاً في نيويورك وتعيش الآن في أوريغون وتعمل أمين صندوق لأكثر من 3 سنوات، ليست لديها ذاكرة عن المجيء إلى أوريغون أو الحياة في نيويورك.

B. يتميز الشُراد الانفصالي بالفقدان المفاجئ للقدرة على تذكرّ المعلومات الشخصية المتعلقة مع مغادرة المنزل واتخاذ هوية مختلفة و يكون عادة الشخص غير واعياً بأنه يتخذ هوية مختلفة.

IV. اضطراب الهوية الانفصالي .Dissociative identity d (اضطراب الشخصية المتعددة)

A. امرأة بعمر 35 سنة متزوجة ولديها طفلان وتلبس بشكل محافظ عادة. تتلقى رسالة تحتوي صورة شمسية لها مرتدية كنزة منخفضة العنق وتنورة قصيرة ولا تتذكر الرجل الذي كتب الرسالة ولا تتذكر شراء أي معدات و أخذ وضعية للتصوير.

B. يتميز اضطراب الهوية الانفصالي بوجود شخصيتين منفصلتين أو تحولين شخصيين على الأقل. غالباً يكون لدى المرضى خمسة إلى عشر تحولات شخصية أو أكثر.

C. أغلب المرضى هم من النساء (بالرغم من أن بعض التحولات الشخصية تكون ذكرية) وتتحكم شخصية واحدة ببقية التحولات الشخصية.

D. يمكن للأشكال المعتدلة من اضطراب الهوية الانفصالي أن تشبه اضطراب الشخصية الحدية أو الفصام.

E. يجب أن يستبعد التمارض وسوء استعمال الكحول (الفصل 15) عندما يوجد المريض في موقف قانوني أو طبي شرعي (شخص في السجن بسبب جرم ارتكبه يدعي بأنه لا يتذكر).

V. اضطراب تبدد الشخصية Depersonalization

A. رجل بعمر 40 سنة يشعر وكأنه خارج نفسه يراقب حياته وكأنها تبدو كفيلم وهو يعرف أن إدراكه هو مجرد شعور وهو حقاً يعيش حياته (للمريض اختبار طبيعي للواقع).

B. يتميز اضطراب تبدد الشخصية بمشاعر متكررة ودائمة بالانفصال عن الذات والمكانة الاجتماعية والبيئة (تبدد الواقع derealization).

C. أعراض اضطراب تبدد الشخصيةو تبدد الواقع derealization تحدث غالباً في المرضى المصابين في الاضطرابات النفسية الأخرى مثل الفصام والاكتئاب والقلق واضطراب الشخصية الهستريائية والحدية.



الاضطرابات الجنسية والهوية التجنسية

Sexual and Gender Identity Disorders

I. اضطرابات الوظيفة الجنسية

A. حلقة الاستجابة الجنسية

1. يتضمن اضطراب الوظيفة الجنسية صعوبة في وجه من أوجه حلقة الاستجابة بدون وجود أساس حيوي قابل للتحديد.

2. تشمل حلقة الاستجابة الجنسية (الجدول 17-1) على الأطوار التالية : الاهتياج excitement ، الاستقرار النسبي plateau ، الإيغاف orgasm ، الخمود resolution.

B. تصنيف الاضطرابات الجنسية في DSM-IV-TR

1. اضطرابات الرغبة الجنسية .Sexual desire d وهي نقص فعالية الرغبة الجنسية والكراهية للجنس (اضطرابات طور الاهتياج).

2. اضطرابات الإثارة الجنسية .Sexual arousal d وهي اضطراب الإثارة الجنسية الأنثوية واضطراب الانتصاب الذكري .male erectile d (اضطراب أطوار الاهتياج والاستقرار النسبي).

3. اضطراب الإيغاف Sexual orgasm d. وهي اضطراب الإيغاف الذكري male orgasmic d. واضطراب الإيغاف الانثوي female orgasmic d. والقذف المبكر (اضطرابات طور الإيغاف).

الجدول 17-1 : خصائص حلقة الاستجابة الجنسية

الطور	الرجال	النساء	كلا الرجال والنساء
الاهتياج	انتصاب قضيبي	انتصاب كظري وتورم شفرين، زلوقية مهبلية، تأثير خيمي (ارتفاع الرحم في الجوف الحوضي)	زيادة النبض والضغط الدموي والتنفس وانتصاب الحلمة
الاستقرار النسبي	زيادة حجم وعلو الخصيتين، إفراز عدة قطرات من سائل يحتوي على الحيوانات المنوية	تقلص الثلث الخارجي للمهبل، تشكيل منصة الإيغاف (تضخم الثلث الأول الخارجي للمهبل)	زيادة إضافية في النبض والضغط الدموي والتنفس، توهج الصدر والوجه
الإيغاف	إخراج إجباري للسائل المنوي	تقلصات في الرحم والمهبل	تقلصات في المعصرة الشرجية وزيادة إضافية في النبض والضغط الدموي والتنفس
الخمود	فترة عصيان أو راحة (يتغير طولها بحسب العمر والحالة الجسمية) حيث تكون إعادة الإثارة غير ممكنة	فترة عصيان قصيرة أو غير موجودة	استرخاء عضلي وعودة الأجهزة الجنسية والقلبية الوعائية إلى حالة ما قبل الإثارة في مدة 10-15 دقيقة

4. اضطراب الألم الجنسي وهي عسر الجماع dyspareunia والتشنج المهبلي vaginismus (ليس نتيجة لمرض عام).

5. الجدول 17-2 يبين خصائص الاضطرابات الجنسية مع لقطات لمرضى مصابين بالاضطرابات الجنسية.

C. التشخيص التفريقي

1. مرض عام غير قابل للتحديد (داء سكري يسبب سوء وظيفة انتصابية ، التصاقات حوضية تسبب عسر جماع).

الجدول 17-2: اضطراب الوظيفة الجنسية وفق DSM-IV-TR

الاضطراب	الخصائص	لقطة لمريض
نقص فعالية الرغبة الجنسية 33%	نقص الاهتمام بالنشاط الجنسي (يمكن أن يكون عبارة عن تغير طبيعي في الرغبة)	رجل بعمر 44 سنة متزوج منذ 20 سنة يقول بالرغم أنه لا يزال يحب زوجته فإنه لم يعد لديه رغبة زائدة بممارسة الجنس معها أو مع أحد غيرها
اضطراب كراهية الجنس	كراهية وتحاش للنشاط الجنسي	امرأة بعمر 23 سنة (ليس لها اهتمامات جنوسية) تستمتع بالتواعد مع الرجال لكنها لا تحبذ النشاط الجنسي معهم بما فيه التقبيل
اضطراب الإثارة الجنسية الأنثوية 20%	عدم القدرة على الحفاظ على الزلوقية المهبلية حتى انتهاء العملية الجنسية بالرغم من التنبيه الجسمي	امرأة بعمر 32 سنة تقول بالرغم من أنها ترغب في الاشتراك بالنشاط الجنسي مع زوجها (التي تصفه بأنه عاشق صبور وحساس) إلا أنها لا تصبح مثارة جسمياً خلال نشاطهما الجنسي
الاضطراب الانتصابي الذكري (يدعى عموماً بالعنانة) 10%	• أولي أو دائم مدى الحياة (نادر): لم يكن لديه انتصاب (نعوظ) كافٍ للاختراق. • ثانوي أو مكتسب (شائع): عدم القدرة حديثاً على المحافظة على الانتصاب بالرغم من وجود الانتصاب في السابق. • مكاني situational شائع صعوبة المحافظة على الانتصاب في بعض الأمكنة بخلاف أمكنة أخرى	رجل بعمر 39 سنة (ليس لديه مشكلات في الانتصاب في السابق) حدث عنده صعوبة في الوصول للانتصاب خلال النشاط الجنسي مع زوجته. المرة الأولى التي بدأت لديه المشكلة في المحافظة على الانتصاب كانت بعد حفلة على الشاطئ حيث شرب كثيراً. ولديه الآن مشكلات انتصابية حتى عندما لا يشرب.

الاضطراب	الخصائص	لقطة لمريض
اضطراب الإيغاف (ذكر 10% أو أنثى 25%)	• دائم مدى الحياة: لا وجود لإيغاف سابقاً) • مكتسب: عجز حالي عن الوصول إلى الإيغاف بالرغم من وجود تنبيه تناسلي كاف إيغافات طبيعية في السابق)	بالرغم من قولها إنها مثارة جنسياً فإن المرأة لا تصل إلى الرعشة الجنسية (الإيغاف) بأي وسيلة خلال النشاط الجنسي أو بواسطة وسائل التنبيه الاصطناعية أو خلال العادة السرية.
القذف المبكر 27%	حدوث القذف قبل أن يرغب الرجل في حدوثه، غياب أو قصر طور الاستقرار النسبي في حلقة الاستجابة الجنسية ويترافق عادة مع القلق	رجل بعمر 32 سنة يقول بأن يوجد لديه إيغاف ولكنه يقذف قبل أن يخترق المهبل
التشنج المهبلي	تشنج مؤلم للثلث الأول الخارجي للمهبل	زوجان بعمر 27 سنة متزوجان منذ 4 سنوات ولا يشتركان في جماع جنسي لأنه لدى الزوجة تشنج عضلي مهبلي يمنع الزوج من اختراق المهبل حتى ولو كان لديه انتصاب كامل. بالرغم من أن فحص الأعضاء التناسلية الظاهرة للمرأة لا يظهر أي شذوذات فإن لا يمكن للمنظار المهبلي أن يدخل بسهولة إلى المهبل (بسبب التقبض العضلي والألم)
عسر الجماع (ذكر 3%، أنثى 15%)	ألم مستمر أثناء الجماع الجنسي ويمكن أن يحدث في الرجل أيضاً	امرأة بعمر 24 سنة تعاني من ألم حوضي عندما تحاول الاشتراك مع صديقها في جماع جنسي ولم توجد أي شذوذات خلال الفحص الحوضي

2. تأثيرات جانبية لدواء ما مثبطات إعادة التقاط (قبط) السيروتونين الانتقائية (SSRIs) قد تسبب تأخر الإيغاف، استعمال لمادة (يسبب الكحول سوء وظيفة انتصابية).

3. تغيرات في مستويات الهرمونات القندية (استروجين، بروجسترون، تستوستيرون) التي تساهم في الرغبة والتعبير الجنسي (الجدول 17-3).

4. وجود انتصاب صباحي أو انتصاب خلال العادة السرية وانتصاب خلال نوم ذي حركة عين سريعة REM في الرجال المصابين باضطراب انتصابي يقترح وجود سبب نفسي أكثر منه عضوي.

D. الحدوث

1. أغلب اضطرابات الوظيفة الجنسية الذكرية هي :

a. قذف مبكر.

b. اضطراب انتصاب ثانوي في رجل لديه انتصابات سابقاً (50% اضطرابات انتصاب ثانوي).

2. أغلب اضطرابات الوظيفة الجنسية الأنثوية هي :

a. اضطراب الرغبة الجنسية

b. اضطراب الإيغاف.

E. السببيات النفسية

1. مشكلات في العلاقة الحالية.

2. مشكلات نفسية طويلة الأمد (اكتئاب مزمن).

3. تقنية جنسية مختلف عليها بين الشريكين.

4. خوف وقلق بسبب :

a. عوامل غير واعية (شعور بالذنب نتيجة تربية دينية صارمة).

b. قلق الأداء (بسبب فشل انتصابي سابق أو إدمان كحولي).

c. خوف من الحمل أو التورط.

d. خوف من الرفض أو فقدان السيطرة (خاصة في اضطرابات الإيغاف).

F. العـــلاج

1. العلاج الجنسي

a. يعـالج أطباء الـرعاية الأولـية بشكل متزايد مرضى الاضطرابات الجنسية عوضاً عن إحالتهم إلى طبيب الاضطرابات الجنسية.

b. المرضـى الـذين لـديهم مـشكلات خطـيرة في العلاقـات أو قـصة إسـاءة جنـسية أو اغتـصاب يمكـن أن يـستفيدوا مـن الاستـشارة الـزوجية والعـلاج الجنـسي الثنائـي (معـالج أنثى أو ذكر يرى كلا الزوجين معاً، انظر الفصل 28).

2. يفـيد أيـضاً العـلاج الـسلوكي وتقنـيات الاسـترخاء الـتي تـشمل التـنويم (انظـر الفـصل 27) وتقنـيات سـلوكية نوعـية مـثل تقنـية العصر squeeze technique وتمارين تركيز الإدراك الحسي.

الجدول 17-3: الهرمونات القندية والنشاط الجنسي

الهرمون	تعليقات
الاستروجين	يساهم قليلاً في الاستجابة الجنسية لدى النساء لذلك لا يسبب كل من سن اليأس (توقف الإنتاج الاستروجيني للمبيض) والشيخوخة نقص الحافز الجنسي ولكن هذا يسبب غالباً مشكلات محيطية (جفاف وضمور مهبلي) يمكن معاكستها بالعلاج التعويضي بالاستروجين الذي يستعمل لعلاج سرطان البروستات لأنه يثبط مستقبلات الاندروجين مما يمكن أن يقلل من الرغبة والسلوك الجنسي.
البروجسترون	بما أنه يثبط مستقبلات الاندروجين لذا فإنه يثبط الرغبة و السلوك الجنسي لدى النساء (يوجد في حبوب منع الحمل والمستحضرات التعويضية الهرمونية) والرجال (يستعمل لعلاج سرطان البروستات وحالات فرط النشاط الجنسي).
التستوسترون	الاندروجين (الهرمون الذكري) هو هرمون الرغبة الجنسية الرئيس (الشهوة الجنسية libido) في كل من النساء والرجال ويفرز من الغدة الكظرية والقندية خلال حياة البالغ ويمكن أن تنخفض المستويات في الرجال أثناء الشدة.

a. في تقنية العصر (تستعمل في علاج القذف المبكر) يُدرب الرجل على تحديد الإحساس الذي يحدث مباشرة قبل القذف حيث لا يمكنه بعد الآن منع القذف، ففي هذه اللحظة يطلب الرجل من الشريك ليمارس ضغطاً على الحافة الإكليلية للحشفة من كلا طرفي القضيب حتى يخمد الانتصاب.

b. في تمارين التركيز على الإدراك الحسي (يستعمل لعلاج اضطرابات الرغبة والإثارة والإيغاف) يُدرب المريض على زيادة إدراكه أو إدراكها للمنبهات اللمسية والبصرية والشمية خلال النشاط الجنسي، بهذه الطريقة ينقص الضغط النفسي لإنجاز الإيغاف

3. يمكن للمعالج أن يقترح إجراء الاستمناء باليد (خاصة للمصابين باضطرابات الإيغاف) ليساعد المريض على اختبار الاهتياج الجنسي والاستجابة إليه وتحديد التقنيات الفعالة للإثارة.

4. بعض أنواع اضطراب الوظيفة الجنسية لدى الرجال تعالج دوائياً وجراحياً:

a. بما أن مثبطات إعادة قبط (التقاط) السيروتونين الانتقائية (SSRIs) تؤخر من حدوث الإيغاف (مثلاً fluoxetine) فإنها تستعمل في علاج القذف المبكر ويمكن تطبيق المخدرات الموضعية جلدياً لأنها تنقص الإحساس في القضيب.

b. لعلاج اضطراب الوظيفة الانتصابية يستعمل التطبيق الجهازي للضادات الأفيونية (مثلاً naltrexone) أو تطبيق الموسعات داخل جسم القضيب (papaverine) أو الجهازي (مثلاً yohimbine).

c. Sildenafil citrate (viagra) هو دواء جديد لعلاج الاضطراب الانتصابي الذكري وهو يعمل من خلال السماح للدم بالاندفاع إلى القضيب عندما يثار الرجل جنسياً.

d. العلاج الجراحي يتضمن زرع وسائل جنسية صنيعة.

e. العلاج يجب أن يشمل سوء استعمال الدواء والكحول المرافق.

II. مواضيع خاصة: المرض والأذية والشيخوخة

A. الاحتشاء القلبي

1. الرجال الذين لديهم قصة لاحتشاء قلبي غالباً ما يكون لديهم سوء وظيفة انتصابية وكلا الرجال والنساء الذين لديهم قصة احتشاء قلبي يعانون من نقص الشهوة الجنسية بسبب الأدوية والخوف من أن النشاط الجنسي سيسبب أزمة قلبية أخرى.

2. يستأنف النشاط الجنسي بعد حدوث الاحتشاء عادة عندما يستطيع المريض تحمل جهد يزيد من معدل النبض إلى 110-130 ضربة/دقيقة بدون ضيق نفس شديد أو ألم صدري (جهد مساو لصعود مجموعتين من الدرج).

3. الوضعيات الجنسية التي تسمح بأقل جهد في المريض (يكون الشريك في الوضعية العلوية) هي الوضعية الأكثر أماناً بعد الاحتشاء القلبي.

B. الداء السكري

1. اضطراب الوظيفة الانتصابية شائع في الرجال المصابين بالداء السكري أما الإيغاف والقذف فيتأثران بشكل أقل.

2. الأسباب الرئيسة لاضطراب الوظيفة الانتصابية في الرجال المصابين بالداء السكري هي التغيرات الوعائية والاعتلال العصبي السكري نتيجة أذية في الأوعية الدموية و النسيج العصبي بسبب زيادة السكر.

3. يعتبر Sildenefil فعالاً في الاضطرابات الانتصابية لداء السكري.

C. أذية النخاع الشوكي

1. أذيات النخاعِ الشوكي في الرجال تسبب عسر وظيفة انتصابية وإيغافية وقذفاً راجعاً (إلى المثانة)، نقص مستويات التستوستيرون وانخفاض الخصوبة.

2. أذيات النخاع الشوكي في النساء تسبب مشكلات في الزلوقية المهبلية والاحتقان الوعائي الحوضي والإيغاف.

D. الكِبر

1. الرغبة الجنسية عادة لا تتغير بشكل هام مع زيادة العمر بالرغم من احتمال تغير فرص التعبير الجنسي بسبب مرض أو موت الشريك.

2. التغيرات المرتبطة بالعمر في الرجال:

a. الحاجة إلى تنبيه تناسلي مباشر أقوى.

b. زيادة الزمن لإنجاز الانتصاب.

c. انخفاض شدة القذف.

d. فترة أطول للعصيان بعد القذف.

3. التغيرات المرتبطة بالعمر في النساء تشمل ضموراً وقصراً وجفافاً في المهبل ويمكن أن تعكس هذه التغيرات من خلال المعالجة التعويضية بالاستروجين.

III. الأدوية والنشاط الجنسي

A. الأدوية التي تنقص النشاط الجنسي

1. خافضات الضغط.

2. مضادات الاكتئاب خاصة SSRIs (يمكن للسرتونين أن يثبط النشاط الجنسي).

3. مضادات الذهان خاصة مثبطات مستقبلات D2.

a. يمكن للدوبامين أن يعزز النشاط الجنسي وتثبطيه ينقص من الأداء الجنسي.

b. تزداد مستويات البرولاكتين كنتيجة لتثبيط الدوبامين وهذا بالمقابل يثبط النشاط الجنسي.

B. أدوية سوء الاستعمال

1. الكحول والماريجوانا يزيدان من النشاط الجنسي عن طريق إنقاص التثبيطات إلا أن الاستعمال المزمن للكحول ينقص في النهاية كلاً من الرغبة والأداء.

2. الامفيتامينات والكوكائين تزيد من النشاط الجنسي عن طريق تنبيه الأنظمة الدوبامينية.

3. الهيروئين والميثادون ينقص من الاهتمام والأداء الجنسي.

IV. الشذوذات الجنسية Paraphilias

A. الخصائص

1. استعمال تفضيلي لأشياء غير اعتيادية لإشباع الرغبة الجنسية أو الاهتمام بنشاط جنسي غير اعتيادي (الجدول 17-4) خلال فترة 6 أشهر على الأقل مما يسبب اضطراباً في الأداء المهني والاجتماعي.

2. التخيلات الشاذة جنسياً ليست شذوذات جنسية وهي نوعاً ما مركبات طبيعية للنشاط الجنسي الإنساني إلا إذا كانت متكررة وشديدة.

3. لتشخيص الشذوذات الجنسية يجب على الشخص أن يكون لديه تخيلات وإلحاحات وتصرفات تشغل تفكيره وتتداخل مع حياته.

B. التشخيص التفريقي والحدوث والسببيات

1. التشخيص التفريقي يشمل العته والفصام والصعوبات الاجتماعية (الافتقار إلى الشركاء المناسبين).

الجدول 17-4: الشذوذات الجنسية

العهر	الخصائص	لقطة المريض
الاستعراء Exhibitionism	أن يظهر أعضاءه التناسلية لنساء لا يتوقعن هذا ولذلك فإنه سيصدمن	رجل بعمر 40 سنة أودع السجن لإظهار قضيبه لامرأة على متن باص
Fetishism	تفضيل جنسي للأشياء غير الحية (أحذية النساء، الملاءات المطاطية)	رجل بعمر 34 سنة دائماً يمارس العادة السرية وهو يمسك ملاءة مطاطية
Transverse Fetishism	حصول الرجال على الإشباع الجنسي من خلال ارتداء ملابس نسائية وخاصة الملابس الداخلية	رجل بعمر 45 سنة يحب أن يلبس ملابس النساء الداخلية ليصبح مستثاراً حين يمارس الجماع مع زوجته
Fortteurism	الحصول على الإشباع الجنسي بفرك القضيب بامرأة غير موافقة أو غير راغبة ذلك	رجل بعمر 25 سنة يمارس العادة السرية بالاحتكاك مع النساء في الحافلات المزدحمة
وطء الميت Necrophilia	الحصول على الإشباع الجنسي من خلال النشاط الجنسي مع الجثث الميتة	رجل بعمر 27 سنة مدان بجريمة قتل امرأة لكي يمارس الجنس مع جثتها
حب الغلمان Pedophilia	الحصول على الإشباع الجنسي من خلال تخيلات أو تصرفات مع أطفال من الجنس المماثل أو المغاير وهو الشذوذ الجنسي الأكثر شيوعاً (يجب أن يكون المصاب بهذا الاضطراب بعمر 16 سنة على الأقل وأكبر بـ 5 سنوات من الضحية)	رجل مدير مدرسة بعمر 39 سنة يودع السجن بعدما اشتكت فتاة بعمر 10 سنوات بأنه طلب منها أن تخلع ملابسها في مكتبه لكي يستطيع التقاط "صور طبيعية لها"

العهر	الخصائص	لقطة المريض
السادية أو المازوخية الجنسية	الحصول على السعادة الجنسية من خلال إعطاء (سادية) أو تلقي (مازوخية) ألم جسدي أو إذلال	رئيس مصرف بعمر 50 سنة يدفع إلى مستخدمه بانتظام لكي يضربه بالسوط ويربكه
Telephone scatologia	الحصول على السعادة الجنسية من خلال إجراء المكالمات الهاتفية مع نساء غير مشتبهات بالأمر والاشتراك معهن في محادثات ذات طابع جنسي	رجل بعمر 40 سنة يجري مكالمات هاتفية من مجهول مع فتيات مراهقات بعد دوام المدرسة (ولكن قبيل مجيء الوالدين إلى المنزل بحيث يستطيع التحدث معهن عن الجنس)
البصبصة voyeurism (زنى العين)	الحصول على السعادة الجنسية من خلال المراقبة السرية للناس (بمنظار ثنائي غالباً) وهم يخلعون الملابس أو يشتركون في نشاط جنسي	رجل بعمر 28 سنة يدّعي بأنه هاو لمراقبة العصافير يعتقل بشكل متكرر بسبب النظر إلى نوافذ نوم الجيران

2. الحدوث

a. الشذوذات الجنسية الحقيقية هي غير شائعة وأكثر الأشكال شيوعاً هي حب الغلمان والبصبصة والاستعراء.

b. نسبة حدوث بعض أنواع الشذوذات الجنسية غير معروف لأنها تحدث سراً مع شركاء موافقين.

c. أغلب الشذوذات الجنسية تحدث في الرجال بالرغم من أن حب الغلمان والسادية الجنسية والمازوخية الجنسية ترى أحياناً في النساء.

3. آلية الشذوذات الجنسية تشمل اضطرابات نفسية تطورية وتأثيرات جينية وهرمونية محتملة.

C. العــلاج

1. العلاج النفسي يشمل على العلاج النفسي الموجه بالتحليل النفسي والتكييف الإكراهي (تشكيل علاقة بين صدمة كهربائية ضعيفة ونشاط جنسي مفضل (انظر الفصل 27).

2. العلاج الدوائي يشمل مضادات الاندروجين وهرمونات جنسية أنثوية للشذوذات الجنسية التي تتميز بفرط النشاط الجنسي. وإن مثبطات إعادة التقاط (قبط) السيروتونين الانتقائية مفيدة كذلك.

D. الإنـــذار

1. المنبئات بإنذار جيد

a. القدرة على إجراء جماع جنسي بدون شذوذ جنسي.

b. الشعور بالذنب من الشذوذ الجنسي.

2. المنبئات بإنذار سيئ

a. إحالة من قبل سلطات قانونية أكثر منها إحالة ذاتية (أغلب الشذوذات الجنسية غير قانونية ويكون التوقيف القانوني شائعاً).

b. البدء في عمر الشباب.

V. اضطراب الهوية التجنسية

A. الخصائص

1. امرأة بعمر 33 سنة تقول بأنها دائماً وكأنها " رجل في جسم امرأة " وهي تكره ثديها وتشعر وكأن أعضائها التناسلية لا تنتمي لها وهي تنجذب جنسياً إلى النساء المغايرين جنسياً وتكون أكثر راحة عندما تلبس ملابس رجالية وتريد أن تأخذ هرمونات ذكرية وتجري

استئصال ثدي وتغيير الجنس جراحياً لكي تستطيع أن تعيش كرجل (لديها دور جنسي ذكري).

2. يدعى اضطراب الهوية التجنسية بشكل شائع فرط النشاط الجنسي المعترض وهو شعور موضوعي للشخص بأنه ولد بجنس خاطئ بالرغم من الفيزيولوجيا الطبيعية، يمكن للشخص أن يأخذ هرمونات جنسية أو يطلب إجراء جراحياً لتغيير الجنس.

3. يعرّف الجنس البيولوجي والهوية التجنسية ودور التجنسي gender role والتفضيل الجنسي في (الجدول 17-5).

الجدول 17-5: الجنس البيولوجي والهوية التجنسية والدور التجنسي والتفضيل الجنسي

المصطلح	تعريف
الجنس البيولوجي	العوامل الوراثية والهرمونية والتشريحية التي تحدد الجنس الفيزيولوجي
الهوية التجنسية	إحساس الشخص بكونه ذكراً أو أنثى ويتطور بعمر 3 سنوات
دور التجنسي	التعبير عن الهوية التجنسية للشخص في المجتمع (نمط اللباس)، يمكن أن لا يتوافق مع الهوية التجنسية و الجنس البيولوجي
التفضيل الجنسي	اختيار أشخاص من نفس الجنس الحيوي (مثيل الجنس) أو من الجنس البيولوجي المغاير (مغاير الجنس) أو كلاهما (ثنائي الجنس)

B. التشخيص التفريقي، الحدوث، المسببات

1. يشمل التشخيص التفريقي لاضطراب الهوية التجنسية الخنوثة الفيزيولوجية hermaphroditism والفصام والانزعاج الدائم والواضح فيما يتعلق بالتوجه الجنسي للشخص (اضطراب جنسي غير محدد في أي مرض آخر).

2. بالرغم من أن نسبة الانتشار الكلية غير معروفة فإن اضطراب الهوية التجنسية هو أكثر شيوعاً في الرجال.
3. اضطراب الهوية التجنسية يشخص غالباً في مرحلة الطفولة.
4. السببيات غير معروفة. ولكن يمكن أن تترافق مع مستويات قبل ولادية غير طبيعية للهرمونات الجنسية.

C. العلاج والإنذار

1. كثير من المرضى يحصلون على الهرمونات الجنسية (غالباً بشكل غير شرعي) من أجل اكتساب خصائص جنسية ثانوية للجنس المغاير (لحية، ثديين) ويفيد هنا العلاج النفسي الدائم.
2. نادراً ما تجري جراحة لتغيير الجنس حالياً، لأنه سابقاً لم تهدأ الأعراض الاكتئابية والنفسية الأخرى بعد الجراحة.
3. يترافق غالباً اضطراب الهوية التجنسية مع انزعاج مدى الحياة واكتئاب وزيادة خطورة الانتحار.

VI. المثلية الجنسية Homosexuality

A. الجنس البيولوجي والهوية التجنسية والدور التجنسي والتفضيل الجنسي معرفة في الجدول 17-5.

B. الخصائص

1. تعرّف الجنوسة (المثلية الجنسية) بأنها تفضيل جنسي ورومانسي لأشخاص من نفس الجنس البيولوجي (انظر الجدول 17-5) وهو لا يعتبر سوء وظيفة وفق DSM-IV-TR.

a. المثلية الجنسية[5] هي تغير طبيعي للتعبير الجنسي وفق DSM-IV-TR.

b. الانزعاج من التفضيل الجنسي للشخص يعتبر سوء وظيفة وكان يدعى سابقاً المثلية الجنسية مع عسر مقوية الذات، ويشخص حالياً كاضطراب جنسي غير محدد بأي مرض آخر.

2. أغلب الأشخاص اللوطيين والسحاقيين اختبروا الجنس مع الجنس المغاير والكثيرين منهم لديهم أطفال.

C. الحدوث والسببيات

1. تحدث المثلية الجنسية في 3-10% من الرجال و 1-5% من النساء ولاتشاهد اختلافات عرقية هامة.

2. يعتقد بأن السببيات تتعلق بتغيرات في المستويات الهرمونية قبل الولادية (زيادة مستويات الأندروجين في البنات ونقص مستويات الأندروجين في الصبيان) تتسبب في اختلافات تشريحية في أنوية وطائية معينة وتكون المستويات الهرمونية الجنسية في مرحلة البلوغ طبيعية عادة.

---

[5] تم حذف الجنوسة من DSM-III وحتى DSM-III-TR.. وحقيقة لم يتم حذفها بناء على أبحاث أو منطق علمي.. إنما كان حذفها ناتج عن ظروف اجتماعية واقتصادية وسياسية وغيرها...
لا تمت هذه الظروف الى الفكر والمنطق العلمي السليم بأي صلة... وهذا ما دفع الكثير ممن وضعوا وشاركوا في إعداد DSM-III عام 1980 وحتى آخر طبعة منه DSM-IV-TR عام 2000.. ومنهم البروفيسور باير الى التحدث في الأوساط العلمية العالمية والكتابة الى الدوريات العلمية المتخصصة بأن حذفها لا يخضع لمنطق البحث العلمي أو النتائج القاطعة وإنما لضغوط عدة منها على سبيل المثال ضغط الجنوسيين على الدوائر الطبية وضغط شركات التأمين الذي يشمل العلاج النفسي بأنواعه وتكاليفه، هذا عدا عن ردة الفعل على الاضطهاد الذي تعرض له الجنوسيين في أمريكا بعد مرسوم إيزنهاور عام 1953 بحرمانهم من الوظائف.. واستهداف حاناتهم ومن ثم الإفراط في ردة فعل الجنوسيون حتى غدا لهم 800 جمعية عام 1970 في أمريكا ثم أصبحت بالآلاف واستطاعوا التدخل في التصانيف الطبية الأمريكية.. والآن هناك توجيه بإعادة الأمور الى حقل العلم من جديد وهذا ما يدعو إليه الكثير من العلماء المعاصرين (المترجم).

3. يمكن أن تتورط في ذلك العوامل الوراثية.

D. العلاج والإنذار

1. الأشخاص المثليون الذين ينزعجون من توجههم الجنسي (أو ما يتعلق به من مشكلات اجتماعية واقتصادية) يمكن أن يصبحوا مكتئبين بشكل مزمن.

2. يساعد التداخل النفسي في أن يصبحوا مرتاحين مع توجههم الجنسي، ويكون العلاج الجماعي ومجموعات الدعم المتخصصة مفيداً.



البدانة واضطرابات الأكل

Obesity and Eating Disorders

I. البدانة Obesitiy

A. الخصائص

1. طالب جامعي بعمر 20 سنة طوله 5 أقدام و9 إنشات ويزن 320 باونداً يقول بأنه زائد الوزن طوال عمره ويقول إن وزنه وصل إلى 380 باونداً منذ سنتين وفقد 100 باونداً خلال السنة التالية واستعاد 40 باونداً خلال عدة أشهر.

2. تعرّف البدانة بأنها أكثر من 20% فوق الوزن المثالي استناداً إلى جداول بأطوال وأوزان مناسبة.

3. تترافق البدانة مع زيادة خطورة فرط الضغط والأمراض القلبية الوعائية والداء السكري والأمراض العظمية.

4. يحدث اضطراب الأكل الاحتفالي Binge Eating Disorder لدى مجموعة من الأشخاص البدينين ويتميز بحوادث منفصلة من فقدان السيطرة مع ازدياد كبير في استهلاك الطعام.

B. الحدوث والسببيات

1. في الولايات المتحدة 25% من البالغين على الأقل هم بدينون.

2. البدانة هي أكثر شيوعاً في النساء وفي الأشخاص من المجموعات الاقتصادية والاجتماعية المنخفضة.

3. يميل وزن الجسم إلى الازدياد مع العمر.

4. العوامل الوراثية مهمة حيث يكون وزن البالغ أقرب إلى وزن الآباء البيولوجيين من الآباء بالتبني.

C. العلاج والإنذار

1. تكون برامج الحمية وتخفيف الوزن التجارية فعالة في البداية لكن أغلب الأشخاص يستعيدون الوزن الذي فقدوه خلال 5 سنوات.

2. التقنيات الجراحية بما فيها الرزة المعدية فعالة في البداية، ولكنها ذات قيمة قليلة في الحفاظ على الوزن على المدى الطويل. ويمكن أن تكون خطيرة.

3. الطريقة المثلى لفقدان الوزن طويل الأمد تكون بالمشاركة بين حمية معقولة مع جهد ملائم لقدرات الشخص.

4. الشرهون المجهولون Overeater Anonymous هو برنامج للمساعدة الذاتية ذو 12 خطوة مشتق من برنامج الكحوليين المجهولين ويمكن أن يكون مساعداً في الحفاظ على نقص الوزن.

5. العلاجات الدوائية من Dexfenfluramine (Redux) و(pondimin) Fenfluramine سحبت من السوق لأن استعمالها أدى إلى شذوذات في الصمامات القلبية مرتبطة مع زيادة مستويات السرتونين. مثبط الشهية phentermine (Lonamin) هو أمين مقلّد للودي لايزال مفيداً في بعض المرضى.

II. اضطرابات الأكل: القهم العصبي Anorexa nervosa والشراهة العصبية Bulimia Nervosa

A. مقدمة

1. خصائص المرضى باضطرابات الأكل

a. شهية طبيعية.

b. استعمال آليات معاوضة لتجنب اكتساب الوزن (حمية شديدة، إقياء، جهد زائد، سوء استعمال المليِّنات).

c. اضطراب صورة الجسم في المخيلة (إدراك غير واقعي للظهور كبدين).

d. شذوذات في الدورة الطمثية.

e. الجدول 18-1 يبين الخصائص الجسمية والنفسية ولقطات لمرضى مصابين بالقهم العصبي والشراهة العصبية.

2. الحدوث والسببيات

a. القهم العصبي يحدث في حوالي 0.5% من النساء والشراهة العصبية في 1-3% منهن وكلا الاضطرابين يصيبان النساء عشرة أضعاف الرجال.

b. اضطرابات الأكل هي أكثر شيوعاً في أواخر مرحلة المراهقة والنصف الأول من مرحلة البلوغ، و تكون قمة الأعمار عند بدء القهم العصبي في السن 14 و 18 سنة.

c. اضطرابات الأكل هي أكثر شيوعاً في أصحاب الكفاءات الجامعية العليا والمجموعات الاقتصادية والاجتماعية العالية.

d. اضطرابات الأكل هي أكثر في المجتمعات الصناعية حيث يتوفر الكثير من الطعام.

الجدول 18-1 : القهم العصبي والشراهة العصبية : لقطات لمرضى ، خصائص نفسية وجسمية

الاضطراب	لقطة لمريض	الخصائص النفسية	الخصائص الجسمية
القهم العصبي	لاعبة جمباز بعمر 19 سنة تقول إنها تحتاج إلى فقدان 15 باونداً لتتابع مهنتها رياضية. طولها 5 أقدام و7 أنشات وتزن 95 باونداً ومزاجها جيد ، الموجودات على الفحص الفيزيائي طبيعية ماعدا نمو زائد للشعر الأزغب في الجسم تقول إنها لم تر الطمث منذ أكثر من سنة	الحمية الزائدة بسبب الخوف الساحق من البدانة فيحدث رفض للأكل بالرغم من شهية طبيعية. تصرف غير طبيعي في التعامل مع الطعام (تقطيع الطعام إلى قطع صغيرة جداً ، التظاهر بالأكل ، الطبخ للآخرين) صراعات تتعلق بالنشاط الجنسي ، فقدان الاهتمام بالجنس ، كان طفلاً كاملاً " (مطيع ، طالب جيد) ، صراعات داخل العائلة (مشكلة المريض تلفت الانتباه عن مشكلة زوجية بين الوالدين كمحاولة لزيادة التحكم بالانفصال عن الأم)	فقدان وزن (15% أو أكثر من وزن الجسم الطبيعي) ، انقطاع طمث (3 دورات طمثية متتالية أو أكثر) ، حماض استقلابي ، فرط الكولسترول وفقر دم معتدل ونقص كريات بيض ، الزغب (شعر ناعم على الجذع) تصبغات غامقة على الكولون بسبب المسهلات.
الشراهة العصبية	طالبة طب بعمر 22 سنة لديها خراج في الغدة النكفية وذات وزن طبيعي بالنسبة لطولها لكنها تبدو منزعجة عندما تسألها حول عاداتها الطعامية	أكل احتفالي (سراً) للأطعمة عالية السعرات الحرورية يُتبع عادة بإقياء أو سلوك مطهّر لتجنب زيادة الوزن (يحدث الأكل الاحتفالي مترافقاً مع قهم عصبي في 50% من المرضى) ، تصور سيء للجسم ، قلق شديد حول اكتساب الوزن وانزعاج من الأكل الاحتفالي	وزن جسم طبيعي نسبياً ، دوالي مريئية بسبب الإقياء المتكرر ، تآكل الميناء وخصوصاً في الأسنان الأمامية نتيجة نخر سني بسبب وجود الحمض المعدي في الفم ، تورم وإنتان الغدد النكفية ، ندبات وجساً على ظهر الكف بسبب الأسنان نتيجة استعمال اليد لتحريض الإقياء ، اضطراب الشوارد ، شذوذات طمثية

e. العامل المهم في هذه الاضطرابات هو الآراء المقولبة للمجتمع التي تفضل النساء النحيلات.

f. تترافق البدانة غالباً مع حادث حياتي مليء بالشدة مثل السفر بعيداً من أجل الدراسة الجامعية.

B. القهم العصبي Anorexia nervosa

1. التشخيص التفريقي

a. مرض عام مسبب لفقدان وزن.

b. اضطراب اكتئابي رئيس يقود إلى شهية سيئة وفقدان وزن.

2. العلاج الدوائي

a. بما أن الجوع يمكن أن يقود إلى الموت فإن هدف العلاج البدئي هو ترميم الحالة الغذائية للمريض.

b. إذا كان وزن الجسم ليس منخفضاً كثيراً يمكن للمريض أن يتلقى علاجاً بدئياً خارج المشفى مع زيارات متكررة للعيادة ومراقبة الوزن بشكل منتظم وإذا انخفض وزن المريض بنسبة 20% أو أكثر تحت المعدل الطبيعي يُدخل إلى المشفى ويعالج حتى يصل إلى وزن قريب من الطبيعي.

3. العلاج الدوائي والنفسي

a. Amitriptyline (Elavil) و Cyproheptadine (Periactin) يعطيان للمرضى الذين لديهم وزن غير منخفض بشكل خطير.

b. مضادات الذهان ومثبطات إعادة التقاط (قبط) السيروتونين الانتقائية SSRIs يمكن أن تكون فعالة في بعض المرضى.

c. بما أن العلاقات العائلية وخصوصاً العلاقة بين الابنة والأم تكون غالباً هي المشكلة فإن الشكل الأكثر فعالية للعلاج النفسي هو العلاج العائلي.

4. الإنــذار

a. أكثر من عشرة بالمائة من المصابين بالقهم العصبي يموتون من الجوع واضطراب السوائل والانتحار.

b. بعض المرضى يشفون بشكل كامل بعد عارضة وحيدة. آخرون ينكسون بشكل متكرر ويحدث لديهم سير مزمن إلى الأسوأ.

c. انخفاض وزن الجسم ووسواس حول الطعام والأكل يستمر غالباً مدى الحياة.

C. الشراهة العصبية

1. التشخيص التفريقي

a. قهم عصبي مترافق مع أكل احتفالي وتطهير purging (يكون وزن الجسم أخفض كثيرا من الطبيعي).

b. متلازمة klein-levin (حوادث أكل احتفالي وفرط نوم بدون قلق على صورة الجسم أو اكتساب الوزن).

c. اضطراب الشخصية الحدية (تحكم سيء بالدافع بما فيه الأكل الاندفاعي)

2. العــلاج

a. علاج نفسي يشمل علاجاً إدراكياً وسلوكياً.

b. علاج دوائي يشمل جرعات متوسطة إلى عالية من مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة ومثبطات إعادة قبط السيروتونين

الانتقائية (SSRIs) ومثبطات MAO. ان المشاركة بين العلاج الإدراكي ومضادات الاكتئاب هي الأكثر فعالية حتى في حال غياب الأعراض الاكتئابية.

c. تستعمل مضادات الصرع والليثيوم لعلاج المرضى المصابين باضطراب المزاج ثنائي الطور.

3. النهج قد يكون متقطعاً أو مزمناً كثير من المرضى يبدو عليهم تراجع في الأعراض على فترة متابعة طويلة.



اضطرابات التحكم بالدافع

Impulse-Control Disorders

I. مقدمة

A. يكون المرضى باضطرابات التحكم بالدافع غير قادرين على مقاومة التورط في سلوك يكون مؤذياً لهم أو لأشخاص آخرين.

B. اختبر المرضى عادة توتراً زائداً قبل السلوك وشعوراً بالراحة أو سعادة بعد إكمال السلوك.

C. يبين الجدول 19-1 حدوث وآلية وعلاج وإنذار اضطرابات التحكم بالدافع: هوس السرقة، هوس الحريق، الاضطراب الانفجاري المتقطع، المقامرة المرضية، هوس النتف.

II. هوس السرقة Kleptomania

A. لاعب تنس محترف بعمر 30 سنة قبض عليه يأخذ جهاز راديو غير غال من متجر من غير أن يدفع ثمنه وقد قبض عليه مرتين سابقاً وهو يسرق المعروضات.

B. هوس السرقة هو اندفاع لأخذ أشياء من دون دفع ثمنها (حتى لو كانت تعطى بدون مقابل)، الغاية هي الأخذ أكثر منه امتلاكاً للشيء.

C. السرقة ليست فعل تحدٍ أو غضب.

الجدول 1-19 : اضطرابات التحكم بالدافع

الاضطراب	الحدوث	السببيات	العلاج	الإنذار
هوس السرقة	يوجد في حوالي 5% من سارقي المعروضات وهو شائع في مرضى الشراهة العصبية	اضطراب عائلي في مرحلة الطفولة، يثار بشدة حياتية	التكييف الإكراهي (انظر الفصل 27)، SSRIs	مزمن، يشيع حدوث اعتقال وعقوبة قانونية وخجل
هوس الحريق	أكثر شيوعاً في الرجال، يشاهد غالباً في اضطراب السلوك في مرحلة الطفولة (انظر الفصل 4)	مشكلات عائلية في مرحلة الطفولة	SSRIs	إنذار جيد في الأطفال وإنذار سيئ في البالغين
الاضطراب الانفجاري المتقطع	أكثر شيوعاً في الرجال، نمط عائلي، تكون البداية عادة في أواخر مرحلة المراهقة أو في العشرينات	نقص فعالية السرتونين يظهر بنقص مستويات 5-hydroxyindoleacetic acid (5-HIAA)	مضادات الصرع (كاربامازبين)، SSRIs	يترقى في الشدة حتى بلوغ عمر متوسط ويشيع حدوث مشكلات في العلاقات المهنية والاجتماعية
المقامرة المرضية	تشاهد في 1-3% من البالغين وهو أعلى في أواخر مرحلة المراهقة وبداية العشرينات، تحدث البداية في النساء في عمر يتأخر عن الرجال	تترافق مع فقدان لأحد الوالدين قبل أو خلال مرحلة المراهقة ومع اضطراب عوز الانتباه فرط النشاط الطفولي والاضطراب الاكتئابي الرئيس	المقامرون المجهولون (برنامج من 12 خطوة مشتق من برنامج الكحوليين المجهولين) وهو الأكثر فعالية	مزمن ومدى الحياة، حدوث مشكلات مالية تقود إلى السرقة والإفلاس
هوس النتف	أكثر شيوعاً في النساء، يبدأ في مرحلة الطفولة	شدة حياتية واكتئاب	SSRIs، مضادات ذهان pimozide (orap)	مزمن، يمكن أن يدوم لسنين

D. التشخيص التفريقي

1. السرقة خلال الحادثة الهوسية.
2. السرقة من أجل ربح حقيقي.
3. التظاهر بهوس السرقة (التمارض) لتجنب المقاضاة.
4. اضطراب السلوك في الأطفال (أصغر من 18 سنة) واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع في البالغين (بعمر 18 سنة وأكبر) كلاهما يترافق مع مشكلات سلوكية أخرى.

III. الاضطراب الانفجاري المتقطع Intermittent explosive d.

A. رجل بعمر 24 سنة يُعتقل لمغادرته سيارته والهجوم جسمياً على سائق دراجة نارية توقف عند إشارة المرور. يقول الشاهد بأن الضحية تجاوز الرجل عند الإشارة الضوئية السابقة.

B. يتميز الاضطراب الانفجاري المتقطع بعارضة يفقد فيها المريض التحكم الذاتي ويهاجم شخصاً آخر بدون سبب كاف، كان يدعى سابقاً "متلازمة عسر التحكم العارضية episodic"

C. غالباً لدى المرضى موجودات عصبية خفيفة ودليل غير نوعي على سوء وظيفة مخية.

D. التشخيص التفريقي

1. التسمم الكحولي أو الدوائي.
2. فقدان التماس مع الواقع (ذهان أو عته).
3. اضطراب سلوكي.
4. اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع.

5. اضطراب انفصالي (أعراض انفصالية تحدث في عارضة وحيدة (سورة) لسلوك انفجاري ويشاهد بشكل شائع في جنوب شرق آسيا).

IV. هوس الحريق Pyromania

A. رجل بعمر 29 سنة بحاصل ذكاء (IQ) 70 قبض عليه بعد أن وجد يشعل النيران في مدخل بنايته.

B. يتميز هوس الحريق بإشعال حريق متكرر واهتمام غامر وانجذاب نحو الحرائق.

C. الأشخاص المصابون بهذا الاضطراب يبحثون عن أماكن يمكنهم فيها أن يشعلوا الحرائق (يصبحون مشعلي حرائق متطوعين).

D. **التشخيص التفريقي**

1. فضول طبيعي للحريق.
2. إحراق المباني عمداً Arson (كسب التأمين عن الخسائر بسبب الحريق).
3. اضطراب المحاكمة بسبب مرض عقلي آخر.

V. المقامرة المرضية Pathological Gambling

A. امرأة بعمر 60 سنة تخاف القول لزوجها إن بطاقة اعتمادها فارغة لأنها خسرت أكثر من 10.000 دولار عن طريق المقامرة في الملهى. زادت دينها بهذه الطريقة مرتين عما كان سابقاً.

B. لدى المرضى حاجة غامرة للمقامرة مما يؤثر سلباً على العلاقات في العائلة والعمل.

C. يشمل التشخيص التفريقي عارضة هوسية (ارتفاع واضح للمزاج).

VI. هوس النتف Trichotillomania

A. امرأة بعمر 29 سنة ترتدي شعراً مستعاراً لأنها نتفت كل الشعر الموجود على قفا رأسها.

B. المرضى بهوس النتف لديهم حاجة لقلع شعرهم والنتيجة هي فقدان شعر واضح.

C. **التشخيص التفريقي**

1. الحاصة (فقدان الشعر) نتيجة مرض طبي.
2. الاضطراب الوسواسي القسري حيث لا يكون مقصوراً على عمل قسري واحد.



اضطرابات التكيّف

Adjustment Disorders

I. الخصائص والتشخيص التفريقي

A. يظهر الأشخاص الذين يختبرون حادثة حياتية مليئة بالشدة استجابة طبيعية (ارتكاس حزن طبيعي) أو استجابة سيئة التكيف (اضطراب تكيف، اضطراب شدة حاد، اضطراب ذهاني مختصر، الجدول 20-1).

B. **التشخيص التفريقي**

1. الحالات التي يشملها التشخيص التفريقي لاضطرابات التكيف تتميز إلى حد ما بطبيعة حادثة حياتية مليئة بالشدة.

a. في اضطراب التكيف بالاضافة إلى الاستجابة الطبيعية لشدة حياتية أو ارتكاس حزن طبيعي يُختبر سبب الشدة stressor من قبل الأشخاص بدرجة معينة (صعوبات مالية، مرض خطير) ويمكن أن تكون سبب الشدة خطيراً جداً.

b. في اضطرابات القلق (اضطراب الشدة الحاد واضطراب الشدة ما بعد الرض PTDs يكون سبب الشدة قوياً ومهدداً للحياة غالباً وقلّما يختبر من قبل أغلب الأشخاص (معركة، اغتصاب، اعتداء).

c. في الاضطراب الذهاني المختصر يكون سبب الشدة إما معتدلاً أو شديداً ولكن تشمل الاستجابة على فقدان تماس مع الواقع.

الجدول 20-1 : التشخيص التفريقي لاضطراب التكيف

الاضطراب	الخصائص	لقطة لمريض
اضطراب التكيف	أعراض عاطفية تبدأ خلال 3 أشهر وتنتهي خلال 6 أشهر من التعرض لسبب شدة نفسية (طلاق، صعوبات مالية، تقاعد)، اضطراب في الأداء المهني والجامعي والاجتماعي	بعد 4 أشهر من طلاق والديه يبدو صبي بعمر 10 سنوات حزيناً في المنزل أغلب الوقت ويفقد الاهتمام باللعب مع أصدقائه ويبدأ في التدهور في عمله المدرسي
ارتكاس حزن طبيعي (فقدان، انظر الفصل 6)	استجابة عاطفية قوية متوقعة تكون في العادة حزن بعد فقدان (موت شخص محب، إجهاض، ولادة جنين ميت، فقدان جزء من الجسم)	بعد ستة أشهر من استئصال الثدي تشعر امرأة بعمر 48 سنة بالحزن لعدة دقائق كل مساء وغالباً ما تستيقظ قبل رنين المنبه ومع ذلك تستمر بعملها بشكل جيد وتستمتع بالعلاقات الاجتماعية مع الزملاء والعائلة
اضطراب الشدة الحاد (انظر الفصل 14)	أعراض نفسية متعددة (قلق، انعزال، انفصال) تدوم يومين إلى أربعة أسابيع وخلال شهر من التعرض لسبب شدة نفسية قوي، اضطراب في الأداء، يمكن أن يصبح مزمناً ويدوم لسنوات	بعد ثلاثة أسابيع من تعرضها لعملية هجوم من الخلف حيث كسر كتفها لا تستطيع امرأة بعمر 65 سنة النوم وتبدي اهتماماً ضعيفاً بنشاطاتها الاعتيادية كما تبدي استجابة اجفالية حين سماع صوت عالي
اضطراب الشدة ما بعد الرض (انظر الفصل 14)	أعراض نفسية متعددة تدوم أكثر من 4 أسابيع بعد التعرض لسبب شدة نفسية قوي، اضطراب في الأداء، يمكن أن يصبح مزمناً ويدوم لسنوات	بعد 3 سنوات من التعرض لهجوم من الخلف حيث كسر كتفها. تبقى امرأة بعمر 68 سنة متيقظة وقلقة تراودها كوابيس متعددة عن الحادث تعترض نومها وتتركها متعبة بشكل مزمن
الاضطراب الذهاني المختصر (انظر الفصل 12)	واحد أو أكثر من الأعراض الذهانية تحدث لفترة تكون أكثر من يوم واحد ولكن أقل من شهر تُتبع بعودة كاملة إلى مستوى الأداء قبل المرض	خلال أسبوع الامتحان تبدأ طالبة جامعية 20 سنة في الشك بأن زميل غرفتها يحاول أن يسممها (توهم)، تعود إلى الحالة الطبيعية بعد الامتحان

2. تتميز هذه الحالات أيضاً بالأداء الاجتماعي والجامعي والمهني خلال أو بعد الشدة.

a. المريض الذي يبدي استجابة طبيعية للشدة الحياتية أو ارتكاس حزن طبيعي يؤدي عمله بشكل طبيعي نسبياً.

b. المريض باضطراب التكيف واضطراب الشدة الحاد و PTSD أو الاضطراب الذهاني الحاد لا يستطيع أن يؤدي عمله بشكل طبيعي.

II. الأنماط الفرعية

A. في الاكتئاب يكون لدى المريض أعراض اكتئابية (يأس، حزن، بكاء).

B. في القلق يكون لدى المريض أعراض قلق (رعَاش، أعراض هضمية).

C. في الاكتئاب المختلط بالقلق يكون لدى المريض أعراض لكل من الاكتئاب والقلق.

D. في اضطراب السلوك ينتهك المريض القوانين الاجتماعية (قتال، سرقة).

E. في الاضطراب المختلط للسلوك والعواطف يكون لدى المريض اضطرابات سلوكية بالإضافة إلى قلق واكتئاب.

F. غير محدد لدى المرضى استجابات سيئة التكيف للشدة النفسية (علاقات اجتماعية مثبطة، مشكلات في العمل).

III. الحدوث والسببيات

A. الحدوث

1. اضطراب التكيف شائع وهو يشخص لدى 2-8% من الأطفال والمراهقين والكهول وهو يحدث لدى 10-30% من المرضى الخارجيين سليمي العقل.

2. يكون أكثر شيوعاً في المجموعات الاقتصادية والاجتماعية المنخفضة وغالباً بسبب شدة اقتصادية.

3. لا اختلافات في الإصابة باضطراب التليف بين الجنسين في الطفولة أما عند البالغين فإنه يشخص لدى النساء وأكثر من الرجال.

B. السببيات

1. آلية اضطراب التكيف هي شدة حياتية بالرغم من أن شدة الأعراض لا تتناسب مع قوة الشدة.

2. اضطراب التكيف في مرحلة البلوغ مرتبط بتحمل ضعيف للإحباط والشدة بسبب فقدان لأب أو أم أو علاقة سيئة مع الوالدين خلال الحياة الباكرة.

IV. العــــلاج

A. العلاج الأكثر فعالية هو العلاج النفسي الداعم لمساعدة المريض على التكيف مع حادث الشدة ولتوفير استراتيجيات تكيف بديلة.

B. تتضمن العلاجات الأخرى العلاج الجماعي (مع عمال آخرين منقطعين عن العمل مثلاً)

C. يستعمل العلاج الدوائي لعلاج ما يرافق من أرق واكتئاب وقلق.

V. الإنــــذار

A. إذا كان سبب الشدة حاداً فإن لاضطراب التكيف فترة كمون للبداية ولفترة مختصرة (ليس أكثر من 6 أشهر).

B. إذا كان سبب الشدة مزمناً (مرض طبي مزمن) فإن اضطراب التكيف يستمر لفترة أطول (ستة أشهر بعد انتهاء الشدة).



اضطرابات الشخصية

Personality Disorders

I. تعريف وأصناف

A. التعريف: اضطرابات الشخصية[6] هي أنماط غير ملائمة في العلاقة مع الآخرين ثابتة ومعممة بحيث تسبب اضطراباً مهنياً واجتماعياً.

B. الأصناف

1. أصناف اضطرابات الشخصية هي الزورية Paranoid ، الفصامانية Schizoid ، فصامي الشكل Schizotypal ، الهيستريائية Hysterionic ، النرجسية narcissistic ، المعادية للمجتمع antisocial ، الحدية borderline ، المتحاشية avoidant ، الوسواسية القسرية obsessive-compulsive ، الاعتمادية dependent والعدوانية المنفعلة passive-aggressive.

2. DSM-IV-TR يصنف اضطرابات الشخصية إلى **مجموعة A** و **مجموعة B** و **مجموعة C** استناداً إلى الخصائص المشتركة والارتباطات الوراثية العائلية. يبين الجدول 21-1 لقطات لمرضى وخصائص كل اضطراب شخصية.

3. الأشخاص ذوو صفات شخصية غير نموذجية أو مركبات لصفات شخصية غير طبيعية يشخصون بأن لديهم اضطراب شخصية غير محدد بأي طريقة أخرى (NOS).

---

[6] للتوسع يمكن الاطلاع على كتابي "فكرة وجيزة عن اضطرابات الشخصية" الطبعة الثانية 2007 الصادر عن دار شعاع للنشر والعلوم (المترجم).

II. الخصائص العامة والتشخيص التفريقي والحدوث والسببيات والعلاج والإنذار

A. الخصائص العامة

1. المرضى باضطرابات الشخصية نموذجياً لديهم بصيرة محدودة (فهم لايدركون بأنهم سبب مشكلاتهم الشخصية).
2. لا يطلبون المساعدة النفسية إلا إذا أجبروا من آخرين.
3. ليس لديهم ذهان واضح.
4. عادة ليس لديهم أعراض نفسية معقدة (قلق، اكتئاب) إلا عندما يؤدي اضطراب الشخصية إلى صراع مع الآخرين.
5. العمر عند البدء

a. لكي يوضع التشخيص يجب أن يوجد اضطراب الشخصية منذ مرحلة البلوغ الباكرة.

b. لا يمكن تشخيص اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع حتى يبلغ الشخص 18 سنة من العمر على الأقل. ويكون التشخيص قبل 18سنة اضطراباً في السلوك (انظر الفصل 4).

الجدول 21-1 : خصائص ولقطات لمرضى باضطرابات الشخصية وفق DSM-IV-TR

اضطراب الشخصية	الخصائص	لقطة لمريض
المجموعة A: غريب الأطوار، يخاف العلاقات الاجتماعية، ارتباط عائلي ووراثي مع الأمراض الذهانية		
الزورية	قليل الثقة، شكّاك، محب للخصام، يعزو المسؤولية في مشكلاته إلى الآخرين	عاملة في المشفى بعمر 45 سنة تقول بأنها أوقفت عن العمل لأنها عملت بجد وجعلت رئيسها يبدو كسولاً وتقول عندما حدث نفس الشيء في العمل السابق رفعت دعوى قضائية ضد ذلك المشفى
الفصامانية	شكل مديد لانعزال اجتماعي طوعي بدون ذهان	يقول والدا رجل بعمر 26 سنة بأنهم قلقون عليه لأنه بدون أصدقاء ويمضي أغلب وقته في المسير داخل الغابة، تفحصه وتجده مكتفياً (قانعاً) بحياته المنعزلة وليس لديه دليل على اضطراب تفكير منهجي
فصامي الشكل	مظهر غريب، تفكير سحري، أنماط تفكير وسلوك شاذة بدون ذهان وليس نادراً أن يكون لديه اضطراب اكتئابي رئيس	امرأة بعمر 32 سنة تلبس بشكل غريب وتقول بأنها تفضل المشي داخل الغابة لأن الطيور تتواصل معها وتقول بأنها لا تخرج أبداً في أيام الخميس لأنها " أيام خطيرة "، لديها أصدقاء قليلون
المجموعة B: عاطفي ومتناقض أو متقلب ومفاجئ، ارتباط وراثي أو عائلي مع اضطرابات المزاج وسوء استعمال المادة والاضطرابات جسمية الشكل		
الهيستريائية	مسرحي، انبساطي extroverted، عاطفي، مثير جنسياً، (حياة حافلة life of the party) لا يستطيع الحفاظ على علاقات صحيحة، المرضى الرجال يلبسون ويتصرفون كـ " Don Joan "	رجل بعمر 28 سنة يأتي إلى عيادتك يلبس قبعة مخملية سوداء ورداء مبطن بالأطلس الأحمر ويقول بأنه يشعر بألم معتدل في حلقه وكأنه مذكي النار " hot poker " عندما يبلع ويقول بأنه يشعر بحرارة عالية إلى حد يجب أن يكون لديه حمى تقدر بـ 106 درجة فهرنايت على الأقل
النرجسية	مغرور مع شعور بمؤهل خاص ويفتقد للتقمص العاطفي	رجل بعمر 38 سنة يطلب منك أن تحيله إلى طبيب تدرب في كلية طب راقية ويقول إنه يعرف أنك لن تكون منزعج لأنك تفهم أنه "أفضل" من المرضى الآخرين.

اضطراب الشخصية	الخصائص	لقطة لمريض
المعادية للمجتمع	يرفض أن يعمل وفق القوانين الاجتماعية ولا يـدي اهتماماً بالآخرين ولا يتعلم من التجربة، يرتبط مع اضطراب سلوكي في مرحلة الطفولة وسلوك إجرامي في مرحلة البلوغ، مضطرب عقلياً أو اجتماعياً	رجل بعمر 35 سنة يتفاخر بأنه يعتدي دائماً على النساء جنسياً منذ المرحلة الثانوية لكنه لم يقبض عليه أبداً وهو لا يعمل غالباً وقد أوقف لسرقة المعروضات عدة مرات
الحدية	سلوك ومزاج غريب الأطوار، ضجر، مشاعر بالوحدة (أشعر وكأني وحيد في العالم، وهي ليست مجرد وحدة)، اندفاعية، محاولات انتحار، عوارض ذهانية صغرى (فترات عابرة من فقدان التماس مع الواقع)، إيذاء ذاتي (جرح أو إحراق الجسم)، يترافق غالباً مع اضطرابات المزاج	طالبة جامعية بعمر 20 سنة تقول لك بما أنها كانت خائفة من البقاء وحيدة فإنها حاولت الانتحار بعدما لم يهاتفها ثانية الرجل الذي تواعدت مرتين معه. بعد مقابلتك تقول لك بأن كل الأطباء التي رأتهم كانوا مريعين وأنك الطبيب الوحيد الذي فهم مشكلاتها (استعمال "الشطر" splitting كآلية دفاع، انظر الجدول 21-3)
المجموعة C: خائف وقلق، ارتباط وراثي وعائلي مع اضطرابات القلق		
المتحاشية	جبان، حساس للرفض ومنعزل اجتماعياً، مشاعر بالدونية	امرأة بعمر 35 سنة تعمل كمساعدة مخبرية تعيش مع والدتها الكهلة ونادراً ما تختلط بالآخرين وتقول إن زملاءها طلبوا منها الانضمام إليهم للغداء فرفضت لأنها خائفة من أنهم لن يحبوها
الوسواسية القسرية	كمالي، نظامي، عنيد، متردد، مشاعر بالنقص	رجل بعمر 33 سنة يقول إنه كل ليلة يضع برنامج مفصل لنشاطاته لليوم التالي ويقول لك إن زوجته غادرت منذ 6 أشهر لأنها لم تستطيع أن تعمل وفقاً لقوانينه الصارمة
الاعتمادية	يسمح للأشخاص الآخرين بصنع القرارات وتحمل المسؤولية عنه	امرأة بعمر 32 سنة تقول بأن زوجها غاضب لأنها تهاتفه في المكتب مرات كثيرة كل يوم لتطلب منه أخذ القرارات اليومية التافهة عنها

اضطراب الشخصية	الخصائص	لقطة لمريض
العدوانية المنفعلة	يماطل، غير فعال، مطاوعة باتجاه الخارج لكن مع تحد باتجاه الداخل (لم يعد تشخيصاً رسمياً وفق DSM-IV-TR)	بعد أسبوعين من موافقة امرأة عمرها 50 سنة بدينة ومصابة بفرط الضغط على البدء ببرنامج رياضي ازداد وزنها 4 باوندات وتقول إنها لم تمارس الرياضة حتى الآن " لأن الصالة الرياضية كانت مزدحمة لذلك لم أستطع الدخول "

B. **التشخيص التفريقي:** يبين الجدول 21-2 التشخيص التفريقي لاضطرابات الشخصية.

C. **الحدوث والسببيات**

1. كل نوع من اضطرابات الشخصية يصيب 1% من السكان تقريباً بالرغم من وجود الكثيرين من الأشخاص لديهم مظاهر لأكثر من اضطراب شخصية واحد.
2. لاضطرابات الشخصية ارتباط وراثي مع بعض الأمراض النفسية وهذه الأمراض النفسية هي أكثر شيوعاً في أقرباء المرضى باضطرابات الشخصية أكثر من عامة السكان (انظر الجدول 21-1).
3. يمكن أن تتورط العوامل النفسية (فرط استعمال آليات دفاعية غير مناسبة أو سيئة التكيف (الجدول 21-3).

D. **العلاج والإنذار**

1. العلاج الدوائي ذو فائدة محدودة في اضطرابات الشخصية ماعدا اضطراب الشخصية الحدية فيمكن أن تكون فيه مضادات الذهان أو مضادات الاكتئاب ضرورية.
   a. يستعمل الدواء لعلاج أعراض مستهدفة مرافقة (اكتئاب، قلق، عارضة ذهانية صغرى).

b. يجب أن يوصف الدواء بحذر (خاصة البنزوديازبين) لأن كثيراً من المرضى باضطراب الشخصية لديهم ميل كبير للإدمان.

2. يفيد العلاج النفسي الفردي والجماعي ومجموعات المساعدة الذاتية.

3. اضطرابات الشخصية هي مزمنة ومدى الحياة.

الجدول 21-2: التشاخيص التفريقية لاضطرابات الشخصية

اضطراب الشخصية	التشخيص التفريقي	كيفية اختلاف الحالة الواردة في التشخيص التفريقي عن اضطراب الشخصية
الزورية	• الاضطراب التوهمي (انظر الفصل 12)، الفصام ذو النمط الزوري (انظر الفصل 11)، اضطراب مزاج مع مظاهر فصامية (انظر الفصل 13)	أعراض ذهانية واضحة وثابتة (توهمات)
الفصامانية	• الاضطراب التوهمي، الفصام • اضطراب Asperger الاضطراب التوحدي (انظر الفصل 5)	أعراض ذهانية واضحة وثابتة. أنماط سلوك متكرر، اضطراب السلوك الاجتماعي
فصامي الشكل	• الاضطراب التوهمي، الفصام، اضطرابات المزاج مع مظاهر ذهانية	أعراض ذهانية واضحة وثابتة
الهستريائية	• اضطراب الشخصية الحدية • اضطراب ا لشخصية النرجسية • اضطراب الشخصية الاعتمادية • عارضة تحت هوسية لاضطراب ثنائي الطور II أو اضطراب المزاج الدوري (انظر الفصل 13)	مشاعر مزمنة بالضجر والفراغ، سلوك انتحاري. مشاعر بالفوقية. لا يتميز بالتوهج أو بحالة انفعالية مفرطة. تتبدد الأعراض عندما تنتهي الحادثة.

اضطراب الشخصية	التشخيص التفريقي	كيفية اختلاف الحالة الواردة في التشخيص التفريقي عن اضطراب الشخصية
النرجسية	• اضطراب الشخصية الهيسترياتية • اضطراب الشخصية الوسواسية القسرية	عدم الاستقرار والانفعالية. مشاعر بعدم الكمال.
المعادية للمجتمع	• سلوك إجرامي • سوء استعمال المادة (انظر الفصل 10) • اضطراب الشخصية النرجسية • اضطراب الشخصية الزورية • عارضة تحت هوسية لاضطراب ثنائي الطور II أو اضطراب المزاج الدوري	يشمل على ربح واضح. يمكن أن يشمل على السرقة للحصول على النقود اللازمة لشراء الأدوية. يحتاج إلى الإعجاب من قبل الآخرين. يمكن أن يتميز بسلوك غير قانوني للحصول على الانتقام تتشتت الأعراض عندما تنتهي الحادثة.
الحدية	• اضطرابات الشخصية الهسترياتية والزورية والنرجسية	لا تشمل على سلوك مدمر للذات أو مشاعر بالوحدة
المتحاشية	• الرهاب الاجتماعي (انظر الفصل 14) • اضطراب الشخصية الاعتمادية • اضطراب الشخصية الفصامانية • الاكتئاب غير النموذجي	أعراض قلق قوية في المواضع الاجتماعية. تطلب العناية من الاخرين بشكل أساسي. يكتفي بعلاقات اجتماعية قليلة. لا يشمل حساسية للرفض.
الوسواسية القهرية	• الاضطرابات الوسواسي القسري.	وجود وساوس واقعية وأعمال قسرية ، يحدث القلق إذا لم تنفذ (انظر الفصل 14)
الاعتمادية	• الاكتئاب	عوارض أكثر وأقل إزماناً
العدوانية المنفعلة	• اضطراب المتحدي المعارض • المرؤوس الذي يقبل على مضض مهمة من رئيس له	متحد بشكل مباشر أكثر و يشاهد عادة في الأطفال سلوك ينتج عن الحاجة إلى الاحتفاظ بالوظيفة

الجدول 21-3: الآليات الدفاعية والآليات الحركية النفسية الأخرى المستعملة من قبل المرضى باضطرابات الشخصية

اضطراب الشخصية	الآليات الحركية النفسية (انظر الفصل 26)
الزورية – فصامي الشكل	• الإنكار Denial: اعتراض نفسي على الحقائق غير المقبولة في الواقع • الإسقاط projection: عزو الدوافع غير الواعية وغير المقبولة للشخص إلى الآخرين
الهستريائية	• الكبت repression: دفع المشاعر غير المقبولة إلى اللاوعي • تراجع regression: تبني أنماط سلوك شبيهة بسلوك الطفل • تجسيد Somotization (انظر الفصل 15)
النرجسية	• الإنكار • الاستبدال displacement: نقل المشاعر من شخص أو موقع غير مقبول إلى قابل للتحمل • أداء سيئ للأنا
المعادية للمجتمع	• أداء غير كاف للأنا
الحدية	• الإنكار • الاستبدال • الشطر Splitting: رؤية الآخرين إما كلهم سيئون أو كلهم جيدون • أداء سيئ للأنا
المتحاشية	• الاستبدال • التحاشي • التراجع
الوسواسية القهرية	• عزل العاطفة isolation of affect: لا اختبار ولا تعبير عن المشاعر المترافقة مع حوادث الشدة. • التبرير Rationalization إعطاء تفسيرات تبدو معقولة لمشاعر غير مقبولة • العقلنة intellectualization: الشرح باتجاه آخر بعيد عن المشاعر غير المرغوبة • التعطيل undoing: محاولة عكس الأفعال السابقة بأفعال حالية

اضطراب الشخصية	الآليات الحركية النفسية (انظر الفصل 26)
الاعتمادية	• التراجع • التحاشي
العدوانية المنفعلة	• تشكيل ارتكاس reaction formation: إنكار المشاعر غير المقبولة وتبني مواقف وسلوك بشكل معاكس



الطب النفسي الجسمي

Psychosomatic Medicine

I. العوامل النفسية التي تؤثر على الحالات الطبية

A. الأجهزة الحساسة في الجسم: تتأثر الأجهزة القلبي الوعائي، والهضمي والتنفسي، والبولي، والعضلي الهيكلي، والغدي والجلدي والمناعي والعصبي كلها بعوامل نفسية.

B. العوامل النفسية التي تحرض أو تفاقم أعراض الأمراض الطبية

1. شدة حياتية شديدة أو مزمنة (فقر، مشكلات في العلاقات الشخصية)
2. سلوك صحي سيئ (فرط أكل، نقص في الحركة، التدخين).
3. أعراض عاطفية (قلق ،اكتئاب)
4. أنماط شخصية سيئة التكيف (اعتمادية، سلوك من النمط A، الجدول 22-1)

C. **التأثيرات الفيزيولوجية للشدة**

1. تنبيه الجهاز العصبي الذاتي مما يؤدي إلى تغيرات قلبية أو تنفسية.
2. تغير مستويات النواقل العصبية (سروتونين، نورابينفرين) مما يؤدي إلى تغيرات في المزاج والسلوك.

3. زيادة تحرر الهرمون الحاث للكظر (ACTH) مما يؤدي إلى تحرر الكورتيزول ويتسبب في النهاية في تثبيط الجهاز المناعي الذي يقاس بـ:

a. انخفاض استجابة اللمفاويات لمحرضات الانقسام.

b. اضطراب وظيفة الخلايا القاتلة الطبيعية.

D. حوادث الشدة الحياتية

1. تتعلق كمية الشدة في حياة المريض مباشرة بأرجحية حدوث الأمراض الجسمية والنفسية.

2. مقياس تقدير إعادة التكيف الاجتماعي Social Readjustment Rating Scale من قبل Holmes و Rahe (الذي يتضمن الحوادث " السعيدة " أيضاً) يصنف تأثيرات الحوادث الحياتية (الجدول 22-2). الحوادث التي لها معدلات عالية تتطلب معظم "إعادة التكيف الاجتماعي".

الجدول 22-1 : خصائص الشخصية المترافقة مع أمراض جسمية

الحالة الطبية	خصائص الشخصية المرافقة	لقطة لمريض
داء الشريان الإكليلي ، فرط الضغط	شخصية من نمط A التي تتميز أساساً بالضغط الزمني (الشعور بالاندفاع معظم الوقت) والمنافسة وتتميز أيضاً بالعدوانية ، تترافق العدوانية خصوصاً مع داء الشرياني الإكليلي	مندوب مبيعات بعمر 38 سنة أدخل المشفى بسبب احتشاء قلبي ويقول إنه لا يأخذ وقتاً للغداء أو عطلة أسبوعية لأنه يريد أن يكون ما يدعى " مندوب مبيعات السنة " ، يصبح غاضباً عندما تقول له إنه يحتاج إلى الإبطاء ويوقع على خروج من المشفى بعكس النصيحة الطبية
الربو القصبي	اعتمادية شديدة	صبي بعمر 14 سنة مصاب بربو قصبي يرفض مغادرة المنزل لأي سبب إلا إذا رافقه والده

الحالة الطبية	خصائص الشخصية المرافقة	لقطة لمريض
السرطان	عدم القدرة على التعبير عن الانفعالات، فقدان	رجل بعمر 65 سنة شخص لديه مؤخراً سرطان كلية يقول لك إن زوجته البالغة من العمر 40 سنة توفيت السنة الماضية بمرض قلبي
صداع الشقيقة، التهاب الكولون التقرحي	نمط الشخصية الوسواسية القسرية	بينما أنت تفحص محامياً بعمر 40 سنة مصاب بالتهاب كولون تقرحي يقول إنه عليه أن يهاتف مكتبه
البدانة	تراجع regression (عودة إلى أنماط سلوك تطورية باكرة)	امرأة بدينة بعمر 28 سنة تقول إنها عندما تصبح منزعجة أو متوترة تأكل الكعك المحلى وتشرب الشوكولا الساخنة اللذين كانا متعتها المفضلة في مرحلة الطفولة

3. تزيد إعادة التكيف الاجتماعي من خطورة الإصابة بالمرض النفسي الطبي وفي دراسات Holmes و Rahe 80% من المرضى الحاصلين على معدل 300 نقطة في سنة مفترضة أصبحوا مرضى خلال السنة التالية.

4. رغم أن لموت القرين أعلى نقاط (100 نقطة) فإن مسببات الشدة الأخرى التي لم يعتبرها Holmes and Rahe (أي، موت طفل، انتحار القرين) قد تكون أشد.

II. خصائص الشخصية المرتبطة مع الحالات الطبية

تترافق حالات طبية محددة مع خصائص شخصية نوعية (الجدول 22-1)

III. الحالات الطبية التي تسبب أعراضاً نفسية

لبعض الحالات الطبية تظاهرات نفسية متوقعة مثل القلق والاكتئاب أو تغيرات في الشخصية (الجدول 22- 3).

الجدول 22-2: مقدار الشدة المترافقة مع حوادث حياتية مختارة وفقاً لـ Rahe & Holmes
مقياس تقدير اعادة التكيف الاجتماعي

الحادث الحياتي	نقاط شدة	لقطة لمريض
موت الزوج أو الزوجة	100	رجل بعمر 65 سنة أدخل المشفى بعد سكتة دماغية. توفي كل من زوجته (100 نقطة) وأخوه الأكبر (63 نقطة) خلال السنة الأخيرة. بعد وفاة زوجته تقاعد من العمل (45 نقطة) وانتقل إلى شقة فاخرة (20 نقطة) مما تطلب منه أن يشتريها مقابل رهن (31 نقطة). خلال انتقاله سقط وكسر وركه وأدخل المشفى لمدة 6 أسابيع (53 نقطة)
الطلاق	73	
موت فرد مقرب من العائلة	63	
أذية أو مرض خطير	53	
زواج	50	
تقاعد أو فقدان عمل	45	
ولادة طفل	39	
قرض كبير أو رهن	31	***المجموع الكلي للنقاط 312 عند هذا الرجل***
تغيير مكان الاقامة	20	

الجدول 22-3: الأعراض النفسية المترافقة مع حالات جسمية

العرض النفسي	الحالات الطبية المرافقة	لقطة لمريض
القلق	فقر الدم، اضطرابات النظم القلبية وانسدال الصمام التاجي، الإنتانات المزمنة المترافقة مع حمى، داء كوشينغ، فرط نشاط الدرق، انخفاض السكر، ورم القواتم، مرض رئوي	امرأة بعمر 28 سنة بدون قصة لاضطراب نفسي تعاني من خفقانات وقلق حاد، يظهر الفحص الفيزيائي بروز العينين (جحوظ العين) وكتلة رقبية (تضخم في الغدة الدرقية) ويظهر فحص الدم فرط نشاط الدرق
الاكتئاب	AIDS، مرض دماغي وخاصة في الفص الجبهي الأيسر، مرض وعائي كولاجيني (ذأبة حمامية جهازية SLE) ألم مزمن (صداع)، داء أديسون وداء كوشينغ وقصور درق وفرط نشاط جارات الدرق،	طبيب بعمر 67 سنة بلا قصة لاضطراب نفسي يصبح فجأة مكتئباً بشدة وبعد عدة أشهر يشخص لديه سرطان معثكلي

العرض النفسي	الحالات الطبية المرافقة	لقطة لمريض
	Huntington d.، مرض إنتاني (انفلونزا)، داء وحيدات النوى)، تصلب عديد، سرطان معثكلة وسرطانات هضمية أخرى، داء باركنسون، عوز الفيتامين	
تغيرات في الشخصية	إنتان دماغي، ورم أو رض، عته، هذيان، Huntington d. صرع الفص الصدغي، داء زهري ثلاثي، داء ويلسون (غضب انفجاري)	امرأة بعمر 75 سنة بلا قصة لاضطراب نفسي تصبح متهيجة بشكل غير عادي وشكاكة تجاه زوجها، بعد 4 أشهر يشخص لديها عته من نمط Alzheimer.
هوس، أعراض ذهانية	AIDS، فرفرية متقطعة حادة، داء كوشينغ، Huntington d.، تصلب عديد، SLE	بعد نزهة إلى البحر الكاريبي تبدأ امرأة بعمر 35 سنة بالاعتقاد أن مذيعي الأخبار في التلفزيون يناقشون مع الجمهور تصرفها وبعد 3 أسابيع يُشخص لديها ذأبة ملاحظة: يفاقم التعرض للشمس أعراض SLE

23

الأعراض النفسية المحدثة دوائياً

Medication-Induced Psyschiatric Symptoms

I. **الأدوية النفسية:** مضادات الاكتئاب ومضادات الذهان ومضادات القلق والمنبهات تسبب أعراضاً نفسية في بعض المرضى (الجدول 23-1).

الجدول 23-1 : الأعراض النفسية المحدثة بالأدوية النفسية

صنف الدواء	الأعراض النفسية	لقطة لمريض
مضادات الذهان	اهتياج، تخليط، هذيان، أرق، تركين، سوء وظيفة جنسية	رجل بعمر 25 سنة مصاب بالفصام ومؤخراً بدأ بتناول haloperidol وأصبح مخبولاً و بحالة تخليط
مضادات الاكتئاب	اهتياج، تخليط، هذيان، أرق، تركين، سوء وظيفة جنسية، إثارة عارضة هوسية في مريض لديه اضطراب ثنائي الطور	بعد أسبوعين من تناول مضاد اكتئاب تبدو امرأة بعمر 32 سنة مثارة جداً وتبدي تطاير أفكار (تسلسل سريع للأفكار) وتقول بأنها تتواصل مباشرة مع الله كل صباح (التعجيل بالعارضة الهوسية)
مضادات القلق	تركين، نقص تركيز	امرأة بعمر 65 سنة تأخذ temazepam (30 ملغ / اليوم) من أجل النوم تقول إن لديها صعوبة في الاستيقاظ في الصباح ولا تستطيع التركيز أو حتى القيام بالمهام البسيطة

صنف الدواء	الأعراض النفسية	لقطة لمريض
المنبهات Methylphenidate Dextroamphetamine	قلق، أرق، أعراض ذهانية زورية	أم تقول إن ولدها البالغ 9 سنوات لديه اضطراب نقص التركيز وفرط النشاط ويتناول methylphenidate يخرج من السرير تكراراً خلال الليل ويبدو متهيجاً خلال النهار.

II. **الأدوية غير النفسية:** بعض الأدوية المستعملة لعلاج الحالات الطبية قد تسبب أعراضاً نفسية (الجدول 23-2).

الجدول 23-2: الأعراض النفسية المحدثة بالأدوية غير النفسية

صنف الدواء	الأدوية النوعية	الأعراض النفسية
المسكنات	Pentazocine, propoxyphene	أعراض ذهانية
مضادات اضطرابات النظم	Procainamide, quinidine	تخليط، هذيان أحياناً
مضادات الربو	Albuterol, terbutaline, Theophylline	تخليط، قلق
المضادات الحيوية	الأدوية المضادة للسل Iproniazid, isoniazid، cycloserine	أعراض ذهانية (زورية، هوس)، فقدان ذاكرة
	Chloramphenicol, metronidazole	تخليط، اكتئاب، اهتياج
	Tetracycline	اكتئاب
	Nitrofurantoin	تخليط، صداع، نعاس
مضادات الكولين	Atropine, scopolamine, Trihexyphenidyl, benztropine	تركين، اهتياج، نقص تركيز في الجرعات الصغيرة، أعراض ذهانية في الجرعات العالية (الذهان السمي للأتروبين)
مضادات الاختلاج	Phenacemide, phenytoin	أعراض مزاجية، تخليط، أعراض ذهانية (أقل شيوعاً)

صنف الدواء	الأدوية النوعية	الأعراض النفسية
مضادات الهيستامين	Diphenhydramine, hydroxyzine	نعاس
	Phenylephrine, Phenylpropanolamine	أعراض ذهانية، قلق
خافضات الضغط	Guanethidine, Clonidine	اكتئاب معتدل، تعب، سوء وظيفة جنسية
	Methyidopa, بعض المدرات	اكتئاب، تعب، أعراض ذهانية (أقل شيوعاً)
	حاصرات بيتا (Propranolol)	
	Reserpine	اكتئاب شديد، تخليط
مضادات الانقسام	Fluorouracil	تخليط، تيهان، تغيرات مزاجية
الأدوية المضادة لباركنسون	L-dopa	قلق، ذهان، هذيان، هوس، اكتئاب
الغلوكوزيدات القلبية	Digitalis	اكتئاب معتدل، تعب، هذيان يترافق مع السمية (خصوصاً في الكهل)
حاصرات الكالسيوم	Nifedipine, verapamil	اكتئاب
خافضات السكر	Insulin	قلق، تخليط
الأدوية المضادة للالتهاب غير القشرية	Salicylates	نشوة، اكتئاب، تخليط (في الجرعات العالية جداً)
	Indomethacin	تخليط، دوام، أعراض ذهانية، اكتئاب، (أقل شيوعاً)
	Phenylbutazone	قلق
أدوية القرحة الهضمية	cimetidine	اكتئاب، أعراض ذهانية
الهرمونات الستروئيدية	Androgens	عدوانية، اهتياج
	Corticosteroids	تحت هوس، نشوة، يسبب الانسحاب المفاجئ اكتئاباً، تخليطاًن أعراضاً ذهانية، تعباً، أو أعراضاً مثل صداع وإقياء فيقلد الورم الدماغي (ورم دماغي كاذب)

صنف الدواء	الأدوية النوعية	الأعراض النفسية
	Progestins	اكتئاب ، تعب
	Thyroid hormones	قلق ، أعراض ذهانية
	(Triiodothyronine T3 , Thyroxine T4)	

24

الطب النفسي الخاص بالارتباط الاستشاري

Consultation-Liaison Psychiatry

I. مقدمة

A. يعالج الأطباء النفسيون الاستشاريون في تنسيق التداخلات الطبية المشكلات النفسية في المرضى الطبيين.

B. يصف الجدول 24-1 المشكلات الرئيسة التي يعالجها الأطباء النفسيون الاستشاريون في تنسيق التداخلات الطبية وتتضمن الشكايات الشائعة الأخرى المعالجة القلق واضطرابات النوم والتيهان كنتيجة للهذيان (انظر الفصل 9).

C. بالإضافة إلى التوصية بالأدوية النفسية النوعية يؤمن هؤلاء الأطباء التداخلات النفسية التالية :

1. تحديد وتنظيم أنظمة الدعم الاجتماعي للمريض.
2. توجيه المرضى مباشرة من خلال العلاج النفسي الحركي قصير الأمد (انظر الفصل 26).
3. تطوير خطة للتعامل مع المشكلات الاجتماعية والمهنية للمريض.

II. المرضى المعرضون للخطر المرضى المدخلون إلى المشفى هم الأكثر خطورة للتعرض للمشكلات النفسية ويشملون على مرضى AIDS والموضوعين على الرحض الكلوي والذين يجرون العمليات الجراحية والمرضى المعالجين في وحدة العناية المركزية (ICU) أو وحدة العناية الإكليلية (CCU).

الجدول 24-1 : المشكلات النفسية الشائعة في المرضى الطبيين المدخلين إلى المشفى

المشكلة	لقطة المريض	التداخل
عدم المطاوعة مع النصيحة أو العلاج الطبي	مريض توفي والده وجده بسرطان البروستات يقول إنه لايستطيع أن يجري اختبار المستضد النوعي للبروستات " لأن الإبرة ستترك علامة "	حدّد السبب الحقيقي لرفض المريض لإجراء الاختبار (وهو من المحتمل أن يكون الخوف من النتيجة الإيجابية) وجّه address خوف المريض من المرض
رفض الموافقة على الإجراءات الطبية والجراحية الضرورية	بالرغم من أن الجنين سوف يموت إذا لم توافق فإن المرأة التي في حالة مخاض يبدو عليها مؤهلة compeltent وترفض السماح بإجراء العملية القيصرية. ملاحظة : المرأة الحامل المؤهلة تشبه كل البالغين المؤهلين فهي تستطيع أن ترفض العلاج الطبي حتى لو أن الجنين سيموت كنتيجة لذلك	• حدد سبب رفض المريضة على الموافقة وتوجيهه • قيّم قدرة المريضة على إعطاء أو الامتناع عن إعطاء الموافقة أي فيما إذا كانت تفهم خطورة وفوائد الولادة القيصرية وماذا سيحدث إذا رفضت الموافقة. • إذا كانت مؤهلة لإعطاء الموافقة وهي لا تزال ترفض، ستكون ولادة الطفل مهبلياً. • إذا كان يوجد أي علامة استفهام حول قدرة المريضة على الموافقة يكون القاضي فقط هو الذي يستطيع وضع القرار القانوني النهائي بالموافقة (انظر الفصل29)

المشكلة	لقطة المريض	التداخل
الاكتئاب، التهديد بالانتحار	مريض بالإيدز يقول حالما يخرج من المشفى سيقتل نفسه	• قيّم جدّية التهديد • إذا كان جدياً اقترح على المريض أن يبقى في المشفى طوعياً • انقل المريض إلى جناح الأمراض النفسية عند الضرورة • إذا لم يوافق احتجز المريض بشكل غير طوعي (انظر الفصل29)
مقاومة علاج المضاعفات الطبية لسوء استعمال المادة	رجل متوسط العمر كان يعالج في جناح الأمراض الداخلية لديه تشمع كبد متقدم لوحظ يتسلل ومعه النبيذ إلى الجناح	• وفّر للمريض استشارة بشأن سوء استعمال المادة، اجعل المريض يلتزم في مجموعة للكحوليين المجهولين في المشفى
مرض نفسي مزمن في مريض أدخل للمشفى لأسباب أخرى	مريضة فصامية مزمنة أدخلت للمشفى بنزيف رحمي خلال الثلث الأول للحمل تصر على أن الدم هو علامة من الله على أن الطفل سيكون المسيح الثاني	• ساعد طبيب التوليد في تدبيره للمريضة، أوص بالأدوية النفسية الأقل تشويهاً للجنين
المضاعفات الطبية للأدوية النفسية	مريض نقل إلى جناح الأمراض الداخلية بعد تطور المتلازمة الخبيثة لمضادات الذهان (انظر الفصل 11) ثانوياً للهالوبيريدول تحسّن طبياً لكنه لايزال ذهانياً	• اعمل مع الطبيب الداخلي للمساعدة في تطوير خطة علاج جديدة لعلاج الأعراض الذهانية لكن مع التقليل من خطورة نكس المتلازمة الخبيثة لمضادات الذهان
المضاعفات الجسمية لمحاولة الانتحار	مريض نقل من قسم الإسعاف إلى قسم الأمراض الداخلية بعد تناول جرعة مفرطة وشديدة من مضادات اكتئاب ثلاثية الحلقة وخرج لتوه من السبات	• قيم استمرار المريض في محاولته بالانتحار وأعد تقييم استراتيجية علاج لاكتئابه، وفر المساندة والنصيحة لأفراد العائلة

A. **مرضى الإيدز**

1. أسباب الخطورة النفسية في مرضى الإيدز

a. المرض قاتل بشدة.

b. المرضى يعانون الشعور بالذنب لأنهم تورطوا بسلوك أدى بهم إلى المرض (ممارسة الجنس، سوء استعمال الدواء عبر الوريد) وأيضاً يمكن أن يكونوا قد نقلوا الفيروس إلى آخرين.

c. يجب أن يتعاملوا مع مخاوف الآخرين من العدوى منهم.

d. المرضى المثليون يمكن أن يجبروا "للبروز" (إظهار توجههم الجنسي للآخرين).

2. يمكن للاستشارة النفسية أن تنقص من الخطورة النفسية والطبية.

B. **المرضى الموضوعون على الرحض الكلوي**

1. المرضى الموضوعون على الرحض الكلوي هم في خطورة متزايدة للإصابة بالأمراض النفسية خصوصاً بسبب اعتمادهم على الأشخاص الآخرين وعلى الأجهزة.

2. الأمراض النفسية الأكثر شيوعاً في هؤلاء المرضى هي الاكتئاب والانتحار واضطراب الوظيفة الجنسية.

3. يمكن أن تنقص نسبة الخطورة النفسية والطبية من خلال استعمال وحدات الرحض داخل المنزل التي تسبب تعطيلاً أقل لحياة المريض.

C. **المرضى الذين يجرون عملية جراحية**

1. المرضى ذوو الخطورة العالية :

a. الذين يعتقدون بأنهم لن يعيشوا بعد العمل الجراحي.

b. الذي لا يعترفون بأنهم قلقين قبل العمل الجراحي.

2. الخطوات لإنقاص من نسبة الخطورة النفسية والطبية :

a. شجع المريضة على اتخاذ موقف إيجابي.

b. شجع المريضة على التحدث عن مخاوفها.

c. اشرح ماذا تتوقع خلال وبعد الإجراء (دعم تنفسي آلي، ألم).

D. المرضى المعالجون في ICU أو CCU

1. المرضى المعالجون في ICU أو CCU هم في خطورة متزايدة للإصابة بالاكتئاب والهذيان (ذهان ICU).

2. بما أن هؤلاء المرضى لديهم مرض خطير ومهدد للحياة فإن استقرارهم السريري سريع التأثر بالأعراض الذهانية.

3. يمكن أن تنقص نسبة الخطورة النفسية والطبية عن طريق تعزيز الوارد الحسي (تشجيع المريض على استعراض الصور الفوتوغرافية الشخصية) والسماح للمريض بالتحكم في المحيط (إضاءة، مسكنات) بقدر الإمكان.



الدوائيات النفسية[7]

Psychopharmacology

I. الأدوية المضادة للذهان (الجدول 25-1)

A. مقدمة

1. مضادات الذهان هي أدوية تستعمل لعلاج الفصام (انظر الفصل 11) والأعراض الذهانية المترافقة مع الاضطرابات النفسية الأخرى والأمراض الجسمية.

2. لمضادات الذهان عدد من الاستعمالات السريرية الأخرى (الجدول 25-1).

3. تحدث التداخلات الدوائية بين مضادات الذهان ومثبطات الجملة العصبية المركزية وخافضات الضغط ومضادات الكولين ومضادات الحموضة والنيكوتين والابينيفرين والبروبرانولول والوارفارين.

B. تصنيف مضادات الذهان

1. مضادات ذهان تقليدية (تدعى سابقاً neuroleptics أو مهدئات كبرى) وتصنف بحسب قوتها (انظر الجدول 25-1).

---

[7] وفق إحصائيات عام 2005 فإن تجارة الأدوية تحتل المرتبة الثانية عالمياً بعد تجارة السلاح برأس مال تجاوز 500 مليار دولار سنوياً.. تحتل الأدوية النفسية منها ما يعادل 30% تقريباً.(المترجم).

2. مضادات ذهان غير نموذجية وتعمل على مستقبلات لنواقل عصبية مختلفة وتسبب تأثيرات جانبية مختلفة عن التأثيرات الجانبية لمضادات الذهان التقليدية (انظر الفصل 11)، تستعمل هذه الأدوية لعلاج الذهان في المرضى الذين لا يستطيعون استعمال مضادات ذهان تقليدية بسبب المقاومة للعلاج بها أو بسبب تأثيراتها غير المرغوبة.

II. مضادات الاكتئاب ومضادات الهوس

A. مقدمة

1. يستعمل في علاج الاكتئاب مضادات الاكتئاب متعددة الحلقة (ثلاثية ورباعية الحلقة) ومثبطات أحادي أمين اكسيداز MAOIs ومثبطات إعادة التقاط (قبط) السيروتونين الانتقائية SSRIs ومضادات الاكتئاب غير النموذجية والأدوية المقلدة (المحاكية) للودي (الامفتيامينات) (الجدول 25-2) (انظر الفصل 13).

2. باستثناء الامفيتامينات فإن مضادات الاكتئاب لا ترفع المزاج الطبيعي وليس لها احتمال لسوء استعمال.

3. بما أنه يمكن أن يُساء استعمال الامفيتامينات إلى حد ما فإنها تستعمل فقط في الأشخاص الذين لم يتحملوا التأثيرات الجانبية لمضادات الاكتئاب الاخرى أو لم يستجيبوا للعلاج لها أو للعلاج بالصدمة الكهربائية. وهي أيضاً تستخدم في علاج الاكتئاب المرافق لمرض الكهولة والمرض الانتهائي حيث لا اعتبار لإمكانية الإدمان. وهي تستخدم أحياناً حينما يراد إحداث أثر فوري ضد الاكتئاب طالما أن كل العوامل الدوائية الأخرى تقريباً تستغرق عدة أسابيع على الأقل لتعمل عملها.

4. الليثيوم والهرمونات الدرقية وخصوصاً Liothyronine (cytomel) يمكن أن تستخدم لزيادة أثر مضادات الاكتئاب.

5. لمضادات الاكتئاب استعمالات سريرية أخرى في الطب الداخلي والطب النفسي (انظر الجدول 25-2).

الجدول 25-1 : الأدوية المضادة للذهان

نمط الدواء	الدواء	الجرعة الفموية (ملغ / اليوم)	استعمالات سريرية خاصة بالإضافة إلى الاضطرابات الذهانية
الأدوية التقليدية الضعيفة ذات قوة أكبر في التسبب بتأثيرات مضادة للكولين وتركين و هبوط ضغط انتصابي	Chlorpromazine (Thorazine)	800-100	الغثيان والإقياء والفواق
	Thioridazine (Mellaril)	600-200	الاكتئاب مع قلق شديد أو اهتياج
الأدوية التقليدية القوية ذات قوة أكبر في التسبب بتأثيرات جانبية عصبية (أعراض خارج هرمية، عسر مقوية حاد، زلَز، عسر الحركة الآجل)، قوة أقل في التسبب بالتركين وانخفاض الضغط	Haloperidol (Haldol), Haloperidol Decanoate (الشكل طويل الأمد)	20-2	الذهان الثانوي للمتلازمات العضوية، اضطراب tourette، huntington d.
	Fluphenazine (Prolixin)	15-2	متاح في شكل decanoat (طويل الأمد)
	Trifluoperazine (Stelazine)	20-4	القلق غير الذهاني، يمكن أن يستعمل لمدة 12 أسبوع
	Perphenazine (Trilafon)	64-8	الغثيان والإقياء
	Pimozide (Orap)	10-1	اضطراب tourette، body dysphoric d.

نمط الدواء	الدواء	الجرعة الفموية (ملغ / اليوم)	استعمالات سريرية خاصة بالإضافة إلى الاضطرابات الذهانية
الأدوية غير النموذجية : تأثيرات عصبية جانبية أقل	Clozapine (Clozaril)	900-300	الأعراض السلبية والمزمنة المعندة مفيدة في الأعراض السلبية ، مشكلات دموية أقل من clozapine
	Risperidone (Risperdal)	16-4	
	Olanzapine (Zyprexa)	20-10	
	Quetiapine (Seroquel)	800-50	
	Ziprasadone (Geodon)	200-40	
	Aripiprazole (Abilify)	30-10	

B. مضادات الاكتئاب متغايرة (متعددة) الحلقة

1. تحصر مضادات الاكتئاب متغايرة (متعددة) الحلقة إعادة التقاط (قبط) النورابينفرين والسروتونين في المشبك العصبي وتزيد في توافر هذه النواقل العصبية وتحسّن المزاج (انظر الفصل 13).

2. آلية الفعل غير واضحة ، لكن قد يشترك بها التنظيم الداني للمستقبلة بعد المشبك.

3. بما أن متعددات (متغايرات) الحلقة تثبط أيضاً المستقبلات المسكارينية والهيستامينية للأستيل كولين فإنها تسبب تأثيرات مضادة للكولين وتركين وزيادة وزن. أغلب هذه الأدوية خطير في حالة فرط الجرعة (الجدول 25-2).

الجدول 25-2: الأدوية المضادة للاكتئاب

نمط الدواء	الجرعة لفموية (ملغ / اليوم)	التأثيرات	استعمالات سريرية خاصة بالإضافة إلى الاكتئاب
		الأدوية متغايرة (متعددة) الحلقة	
Amytriptyline (Elavil)	300-75	مركنة، مضادة للكولين	الاكتئاب مع أرق، الألم المزمن
Clomipramine(Anafranil)	250-100	أكثر متعددات الحلقة نوعية للسروتونين	الاضطراب الوسواسي القسري
Desipramine (Norpramin, Pertofrane)	300-75	الأقل تركيناً والأقل إحداثاً للتأثيرات المضادة للكولين، يزيد الشهية	الأكتئاب في الكهولة، القهم العصبي، الشراهة العصبية
Doxepin (Adapin, Sinequan)	300-150	مركنة، مضادة للهيستامين، مضادة للكولين	اضطراب القلق المعمم، القرحة الهضمية
Imipramine (Tofranil)	300-150	يسبب على الأرجح هبوط ضغط انتصابي	اضطراب الهلع المترافق مع رهاب الساح، سلس البول، القهم العصبي والشراهة العصبية
Maprotiline (Ludiomil)	300-150	سمية قلبية منخفضة ويمكن أن يسبب صرع	القلق المترافق مع المظاهر الاكتئابية
Nortriptyline (Aventyl, Pamelor)	150-50	الأقل إحداثاً لهبوط الضغط الانتصابي	الاكتئاب في الكهولة وفي المرضى القلبيين
		مثبطات إعادة التقاط (قبط) السروتونين الانتقائية (SSRIs)	
Fluoxetine (Prozac, Sarafem, Prozac Weekly)	(80-20 prozac) (60-20 sarafem) (90 prozac weekly)	يمكن أن يسبب اهتياج وأرق في البداية، يسبب سوء وظيفة جنسية	الاضطراب القسري الوسواسي(OCD)، القذف المبكر، اضطراب الهلع، متلازمة ما قبل الطمث (sarafem)، شذوذ جنسي، مراقية، رهاب اجتماعي، ألم مزمن، اضطراب الشدة بعد الرض (PTSD)، شقيقة، صداعات، نهام
Paroxetine (Paxil, Paxil CR) (الشكل طويل الأمد)	60-20	أكثر أدوية SSRIs نوعية للسروتونين، يسبب سوء وظيفة جنسية	

/تابع/ الجدول 25-2: الأدوية المضادة للاكتئاب

نمط الدواء	الجرعة لفموية (ملغ / اليوم)	التأثيرات	استعمالات سريرية خاصة بالإضافة إلى الاكتئاب
Sertraline (Zoloft)	200-50	اكثر أنواع SSRIs تسبباً في الاضطرابات الهضمية (إسهال)، يسبب سوء وظيفة جنسية	
Fluvoxamine (Luvox)	300-100	يستطب حالياً في الـ OCD فقط	
Citalopram (celexa)	60-20	قد يكون أشد خطورة من سائر SSRIs الأخرى في حال الجرعة العالية	
Escitalopram (Lexapro)	20-10	أكثر أنواع SSRIs نوعية للسيروتونين وآثاره الجانبية أقل من Citralopram	
		مثبطات MAO	
Phenelzine (Nardil)	90-60	تثار نوبة فرط أدرينالين بتناول أمينات رافعة للضغط موجودة في أطعمة حاوية على التيرامين أو أدوية مقلدة للودي، هبوط ضغط انتصابي، سوء وظيفة جنسية، أرق	الاكتئاب غير النموذجي، اضطراب الهلع، اضطرابات الأكل، اضطرابات الألم، الرهاب الاجتماعي (phenelzine)
Tranylcypromine (Parnate)	60-20		
		مضادات الاكتئاب الأخرى	
Amoxapine (Asendin)	400-200	تأثيرات مضادة للدوبامين مثل الأعراض الباركنسونية، ثرّ الحليب، اضطراب الوظيفة الجنسية، وهو الأكثر خطورة في فرط الجرعة	الاكتئاب مع مظاهر ذهانية

/تابع/ الجدول 25-2: الأدوية المضادة للاكتئاب

نمط الدواء	الجرعة لفموية (ملغ / اليوم)	التأثيرات	استعمالات سريرية خاصة بالإضافة إلى الاكتئاب
Bupropion [Wellbutrin, Wellbutrin ST (شكل تحرير مديد) Zyban]	450-15 400-200 300-150	أرق، نوبات صرع، تعرق، تأثيرات جنسية غير مرغوبة أقل، انخفاض الشهية	الاكتئاب المعنّد (استجابة غير كافية لمضادات الاكتئاب الأخرى)، التوقف عن التدخين (Zyban)، الاضطراب العاطفي الموسمي، (SAD) اضطراب عوز الانتباه فرط النشاط عند البالغين، SSRI يحرض سوء الوظيفة الجنسية
Mirtazapine (Remeron)	45-15	يعمل على مستقبلات سرتونينية نوعية ويسبب تأثيرات جانبية جنسية أقل وتركيناً أكثر	الاكتئاب المعنّد، يمكن أن يزيد الشهية، الأرق
Nefazodone (Serzone)	600-300	مرتبطة مع trazodone لكن التركين والقسوح (priaspism) يحدثان بشكل أقل	الاكتئاب المعند، الاكتئاب المترافق مع القلق، الأرق
Trozodene (Desyrel)	600-200	تركين، قسوح (priaspism)، آمن في فرط الجرعة	الأرق
Venlafaxine [Effexor, Effexor XR (شكل تحرير مديد)]	375-75 225-75	سرتونينية ونورادرينرجية، وله تأثيرات ضعيفة على cytochrome P450، زيادة ضغط الدم الانبساطي في الجرعة العالية أعلى معدل للهدآت، وأقل آثار جانبية جنسية	الاكتئاب المعنّد (الفعل الأسرع - يعمل في 10 أيام)

C. SSRIs

1. تثبط SSRIs إعادة التقاط (قبط) السروتونين انتقائياً ولكن لها تأثيرات محدودة على النورابينفرين والدوبامين والهيستامين والأستيل كولين.
2. بسبب انتقائيتها فإن SSRIs تسبب تأثيرات جانبية أقل وهي أكثر أماناً في فرط الجرعة من متغايرات (متعددات) الحلقة أو مثبطات MAO (انظر الفصل 13).

D. مثبطات MAO

1. تحد مثبطات MAO بشكل غير عكوس من فعالية monoamine oxidase وتزيد بالتالي من توفر النورابينفرين والسروتونين في المشبك العصبي وتحسن من المزاج.
2. يستقلب MAO التيرامين (رافع ضغط) في الجهاز الهضمي:

a. إذا ثبط MAO فإن تناول الطعام الغني بالتيرامين (جبنة قديمة، كبد الدجاج أو البقر، اللحم المخلل أو المدخن، الفول، البيرة، الخمر الأحمر) أو الأدوية الحاكية (المقلدة) للودي (افيدرين، methylphenidate (Ritalin)، phenylephrine (Neo-synephrine)، pseudoephedrine (Sudafed)) يمكن أن يزيد من مستوى التيرامين ويسبب نوبة فرط ضغط مما يمكن أن يؤدي إلى سكتة دماغية والموت.

b. استعمال مثبطات MAO و SSRIs في نفس الوقت يمكن أن يسبب تداخلاً دوائياً مهدداً للحياة هو متلازمة السروتونين تتميز بعدم الثبات في الجهاز الذاتي والحمى والاختلاجات والسبات والموت.

c. المريض الذي يأكل في مكان غير مألوف (مطعم) يمكن أن يتناول بشكل غير إرادي أطعمة غير مسموح بها.

d. رجل بعمر 26 سنة يأخذ phenelzine منذ شهرين يأتي إلى قسم الإسعاف مع ضغط دموي مرتفع وتعرق وصداع وإقياء كان قد أكل أثناء حضوره لحفلة بشكل غير إرادي بيتزا حاوية على جبنة قديمة وشرب مزيجاً يحتوي على الخمر الأحمر.

E. **الأدوية المضادة للهوس** (الجدول 25-3)

1. الليثيوم (كاربونات وسترات) يأخذ 1-2 أسبوع ليبدأ في التأثير وهو العلاج الأولي في إجهاض الطور الهوسي للاضطراب ثنائي الطور.

a. الليثيوم هو أيضاً مثبت للمزاج يستعمل لمنع الطور الهوسي والاكتئابي للاضطراب ثنائي الطور.

b. الليثيوم يستعمل أيضاً من أجل تعزيز فعالية الأدوية المضادة للاكتئاب في الداء الاكتئابي.

2. مضادات الاختلاج الحديثة ذات الآثار المثبتة للمزاج تشمل Lamotrigine (Lamictal)، gabapentin (neurotin)، Topiramate(Topamax)، tiagabine (Gabitril).

3. Valproic acid و divalproex والعوامل المضادة للاختلاج الأحدث تستخدم لمعالجة الاضطراب ثنائي الطور، وخاصة نمطي العارضة المختلطة (أي، هوس مع اكتئاب يحدثان في نفس العارضة) والدوران السريع (على الأقل أربع عوارض هوس واكتئاب سنوياً).

الجدول 25-3: الأدوية المضادة للهوس

الدواء	الجرعة الفموية (ملغ / اليوم)	التأثيرات غير المرغوبة	استعمالات سريرية خاصة بالإضافة إلى الهوس
Lithium (Eskalith, Eskalithcr-CR) (تحرر مضبوط)	1800-900 (معاير لمستوى دموي بين 0.8-1.2 مل 1,2 مكافئ / ل) رغم أن مستويات 0.6-0.8 قد تكون كافية	تشوهات ولادية في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل (خاصة في الجهاز القلبي)، رُعَاش، اضطراب كلوي، مشكلات في الناقلية القلبية، نقص نشاط الدرق، عُدّ، انزعاج معدي، اضطراب إدراكي معتدل	تثبيت المزاج (الوقاية في الحوادث الهوسية والاكتئابية)، السيطرة على السلوك العدواني، تعزيز فعالية مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة
Carbamazepine (Tegretol)	1000-400 معاير لمستوى دموي 12-4 ميكروغرام/مل	فقر دم لا مصنع، نقص محببات، تركين، دوار، رنح، شذوذات خلفية	مضاد صرع، ألم عصب مثلث التوائم، اضطرابات التحكم بالدافع، الانسحاب من المهدئات
Volproic acid (Depakene) Divalproex (Depakote) (شكل أبطأ امتصاصاً من حمض فالبرويك)	1500-500 معاير مستوى دموي 100-50 ميكروغرام/مل	أعراض هضمية، مشكلات كبدية، عيوب ولادية في الأنبوب العصبي، خاصة، زيادة وزن	مضاد صرع، صداع الشقيقة، أعراض ثنائية الطور ناتجة عن الاضطرابات الإدراكية، عارضة مختلطة مع دوران سريع لاضطراب ثنائي الطور، اضطرابات التحكم بالدافع، الانسحاب من المهدئات
Oxcarbazepine (Trileptal)	1200-300 (معاير بمستوى دموي 12-4 ميكروغرام/مل)	دوار، رنح، اضطرابات رؤية، لا اعتلال دموي ولا تحريض ذاتي	مضاد صرع، ألم مثلث التوائم
Topiramate (Topamax)	400	إبطاء الحركة النفسية، تعب	مضاد صرع

III. الأدوية المضادة للقلق: (الجدول 25-4)

A. Benzodiazepines

1. تستعمل البنزوديازبينات لعلاج القلق والاضطرابات الأخرى.
2. بداية تأثيرها يمكن أن تكون بعد فترة قصيرة أو متوسطة.
3. فترة تأثيرها يمكن أن تكون قصيرة أو متوسطة أو طويلة.
4. فترة تأثيرها تتعلق باستطباباتها السريرية وميلها لأحداث سوء استعمال، على سبيل المثال الأدوية قصيرة التأثير هي منومات جيدة (محدثات النوم) وفيها خطورة سوء استعمال.

B. Nonbenzodiazepines

1. (BuSpar) busPirone Azapirone لا يرتبط بالبنزوديازبين وفائدته تكمن أنه غير مركن ولا يرتبط به أي اعتماد أو سوء استعمال أو انسحاب. يأخذ عدة أسابيع ليبدأ العمل وهو غالباً غير فعال عند الذين يسيئون استعمال الكحول والبنزوديازبين.
2. Zolpidem Tartrate (Ambien) و Zaleplon (Sonata) : منومان وهما لا علاقة لهما ببنزوديازبين.
3. مركبات Carbamates (meprobamate; Miltown) ولها قوة أكبر في إحداث سوء الاستعمال وهامشٍ علاجي أقل من البنزوديازبينات وهي تستعمل الآن بشكل نادراً جداً وذات اهتمام تاريخي كبير.
4. العوامل الخافضة للضغط مثل ضادات β (حاصرات β) مثل propranolol (Inderal) وضادات المستقبلة الأدرينالية α_2 مثل Clonidine (catapres)، تعمل على تخفيض فرط الإثارة hyperarousal الذاتي المرافق للقلق والانسحاب من الأفيونات والمهدئات.

الجدول 25-4: الأدوية المضادة للقلق (حسب ترتيب فترة التأثير)

الدواء	الجرعة الفموية (ملغ / اليوم)	بداية التأثير	فترة التأثير	استعمالات سريرية خاصة بالإضافة إلى القلق
BENZODIAZEPINES				
Chlorazepate (Tranxene)	60-15	قصيرة	قصيرة	يستعمل كدواء إضافي في علاج الصرع الجزئي
Alprozolam (xanax)	10-0.5	قصيرة	قصيرة	مضاد اكتئاب، اضطراب الهلع، الرهاب الاجتماعي
Oxazepam (Serax)	120-30	متوسطة	قصيرة	الانسحاب الكحولي
Triazolam (Halcion)	0.25-0.125	متوسطة	قصيرة	الأرق
Lorazepam (Ativan)	10-2	متوسطة	متوسطة	الاهتياج النفسي، الانسحاب الكحولي، الحالة الصرعية
Temazepam (Restoril)	30-15	متوسطة	متوسطة	الأرق
Chlordiazepoxide (Librium)	100-15	قصيرة	طويلة	الانسحاب الكحولي
Clonazepam (Klonopin)	4-0.5	قصيرة	طويلة	الصرع، الهوس، الرهاب الاجتماعي، اضطراب الهلع، العدوانية، استعمال إضافي مع مثبتات المزاج
Diazepam (Valium)	40-2	قصيرة	طويلة	الإرخاء العضلي، التسكين، مضاد صرع
Flurazepam (Dalmane)	30-15	قصيرة	طويلة	الأرق
NONBENZODIAZEPINES				
Zolpidem (Ambien)	10-5	قصيرة	قصيرة	الأرق
Zaleplon (Sonata)	20-10	قصيرة	قصيرة	قلق
Buspirone (BuSpar)	60-15	طويلة جداً	طويلة جداً	القلق في الكهل، احتمال سوء استعمال ضعيف، لاتركين

IV. المعالجة بالصدمة الكهربائية (ECT)

A. الاستخدامات

1. إن المعالجة بالصدمة الكهربائية فيها تحريض لنوبة صرع عامة تدوم 25-60 ثانية بتمرير تيار كهربائي عبر الدماغ بإحدى الطرق الثلاث. ثنائية الجانب (يوضع قطب على كل صدغ). الجبهية الثنائية (يوضع قطب فوق كل حاجب)، أحادية الجانب (يوضع القطبان على النصف غير المسيطر).

إن المعالجة بالصدمة آمنة من أجل اضطراب الاكتئاب الرئيس المعند على المعالجات الأخرى. وهو استطبابها الأشيع.

إنها فعالة ضد الاكتئاب ذي المظاهر الذهانية أكثر من مضادات الاكتئاب أو مضادات الذهان الموصوفة منفردة أو متآزرة معاً. إنها فعالة أيضاً في معالجة الهوس الحاد، والفصام ذي الأعراض الحادة أو الجمودية أو الوجدانية.

2. الاستجابة القصوى للمعالجة بالصدمة الكهربائية تحدث بعد 5-10 جلسات على فترة 2-3 أسابيع. ويمكن اعتماد جلسات صيانة جلسة كل أسبوعين أو كل شهر لمنع النكس.

B. الآثار السيئة

1. معظم الآثار السيئة مثل كسر العظام قد ذهبت بفضل التخدير العام [methohexital (Brevital)] والمرخيات العضلية [Succinylcholine (Anectine)] قبل المعالجة. أما معدل الوفيات فإنه يمكن مقارنته بذاك المرافق للتخدير العام.

2. الأثر السيئ الرئيس للمعالجة بالصدمة الكهربائية هو نسيان الحوادث الماضية (فقدان الذاكرة القريبة). في معظم المرضى يزول النسيان (فقدان الذاكرة) في غضون 6 اشهر بعد انقضاء المعالجة.

3. لا تستطب المعالجة بالصدمة الكهربائية للمرضى بارتفاع الضغط داخل القحف لأي سبب أو احتشاء عضلة القلب الحديث (ضمن أسبوعين).
4. وضع القطب ثنائي الجانب أو ثنائي الجبهة يقلل من تشوش الذاكرة لكن الاستجابة العلاجية له أبطأ من وضع القطب ثنائي الجانب.



التحليل النفسي والعلاجات المرتبطة به

Psychoanalysis and Related Therapies

I. النظرية الفرويدية

A. مقدمة

1. يعتمد التحليل النفسي والعلاجات المرتبطة به على الفكرة الفرويدية القائلة بأن السلوك يُحدد (التحديد النفسي أو السببية النفسية Psychoanalysis are psychic causality) بقوى عقلية ناشئة عن عمليات عقلية لا واعية.

2. يشمل التحليل النفسي والمعالجة النفسية المرتبطة به على:

   a. التحليل النفسي.

   b. العلاج النفسي الموجه بالتحليل النفسي.

   c. العلاج الديناميكي المختصر.

   d. العلاج بين الشخصي.

B. **نظريات العقل:** طوّر فرويد النظريات المبكرة (الطبوغرافية) والمتأخرة (البنيوية) عن العقل من أجل شرح أفكاره (الجدول 26-1)

II. آليات الدفاع

A. مقدمة

1. آليات الدفاع هي تقنيات عقلية غير واعية تستخدم من قبل الأنا للإبقاء على الصراعات خارج الوعي وبالتالي تقلل من القلق وتحافظ على احترام الفرد للذات وشعوره بالأمان والتوازن. تحدث الآليات من قبل مركب الأنا التابع للعقل (انظر الجدول 26-1).

2. إن آلية الدفاع الأساسية هي الكظم :repression

a. في الكظم يدفع المريض بالمشاعر غير المقبولة إلى اللاوعي (رجل لا يتذكر أنه تعرض للإساءة الجنسية عندما كان طفلاً).

b. كل آليات الدفاع الأخرى تقوم على الكظم.

3. بالرغم من أن آليات الدفاع تحمي الكائن فإنه إذا استعملت أي واحدة منها بشكل استثنائي أو زائد فإنه سوف تظهر الأعراض العصابية.

4. الغيرية والفكاهة والتسامي والكبت هي آليات دفاع ناضجة لأنها عندما تستعمل باعتدال فإنها تساعد المريض أو الأشخاص الآخرين مباشرة.

5. الإنكار، والإسقاط، والشطر هي آليات دفاع مرضية.

B. آليات الدفاع النوعية مبينة في (الجدول 26-2)

الجدول 26-1 : نظريات فرويد الطبوغرافية والبنيوية عن العقل

النظرية	مركب العقل	الخصائص والوظائف
الطبوغرافية	اللاوعي	يحتوي الأفكار والمشاعر المكظومة و يستعمل التفكير الأولي primary process thinking الذي هو شائع في الأطفال الصغار والبالغين العصابيين وليس له منطق أو مفهوم للوقت، يشمل على الدوافع البدائية وتحقيق الرغبة وطلب السعادة
	ما قبل الوعي	يحتوي الذواكر التي لا تتوافر بشكل مباشر ولكنها تستعاد وتحضر بسرعة إلى الوعي
	الوعي	وهي الأفكار التي يدركها الشخص حالياً، يعمل بالتزامن مع ما قبل الوعي ولكن لا يصل إلى اللاوعي مباشرة، يستعمل تفكير ثانوي secondary process thinking (منطقي، متوجه للزمن، ناضج، يؤخر الإشباع)
البنيوية	الهو	موجود عند الولادة ويتحكم التفكير الأولي به، يحتوي على الدوافع الجنسية الغريزية والعدوانية، يعمل بالانسجام مع مبدأ السعادة ويتأثر بالواقع الخارجي ويعمل بشكل كامل على المستوى اللاواعي
	الأنا ego	يبدأ بالتطور بعد الولادة مباشرة ويتحكم بالتعبير عن الدوافع الغريزية باستعمال آليات الدفاع بشكل اساسي للتكيف مع متطلبات العالم الخارجي، يحافظ على العلاقة مع العالم الخارجي يقيّم ما هو صادق (اختبار الواقع)، يتكيّف مع ذلك الواقع ويحافظ على إشباع العلاقات بين الشخصية والعلاقات مع الأشياء، يعمل على مستويات اللاوعي وما قبل الوعي والوعي
	الأنا العليا	تتطور بحوالي السادسة من العمر، وترتبط مع الضمير والأخلاق، يعمل على مستويات اللاوعي وما قبل الوعي والوعي

III. التحليل النفسي

A. الاستراتيجية المركزية للتحليل النفسي هي الكشف البطيء للخبرات والتجارب المكظومة في العقل اللاواعي ودمجها مع شخصية المريض.

B. تتضمن التقنيات المستعملة في استعادة التجارب المكظومة:

1. الارتباط الحر (يستلقي المريض على السرير بوضعية الاضطجاع ويدير وجهه بعيداً عن المعالج ويقول ماذا يحضر إلى العقل) تكشف الذواكر اللاواعية طبقة طبقة ومن ثم يفسّر المعالج المعلومات.
2. تفسير الأحلام كتمثيل للصراع بين المخاوف والرغبات (إشباع الدوافع الغريزية اللاواعية).
3. تحليل ارتكاس الإنقال transference reactions (ارتكاسات المريض نحو المعالج) لفحص العلاقات السابقة الهامة.
4. تحليل المقاومة (إحصار الأفكار اللاواعية عن الواعية لأن المريض يجدها غير مقبولة).

C. **المرضى الملائمون للتحليل النفسي**

1. أصغر من 40 سنة.
2. الأذكياء.
3. غير الذهانيين.
4. الذين لهم علاقات مع الآخرين (لا يوجد أثر لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع أو الحدية).
5. له موقع حياتي ثابت.
6. مستعد لبذل الوقت والمال في العلاج.

D. يتلقى المريض العلاج أربع أو خمس مرات أسبوعياً لفترة 3-4 سنوات.

E. **الإنقال** Transference **والإنقال المعاكس** counter transference هي الظواهر التي تحدث خلال التحليل النفسي وفي العلاقة الاعتيادية بين الطبيب والمريض (الجدول 26-3).

الجدول 26-2: آليات الدفاع النوعية

آلية الدفاع	التعريف	لقطة لمريض
الفعل الزللي Acting out	تجنب المشاعر غير المقبولة بالتصرف بشكل يجلب الانتباه بشكل غير مناسب اجتماعياً غالباً	صبي مكتئب بعمر 15 سنة بدون قصة لاضطراب سلوكي يسرق سيارة بعد انفصال والديه
الغيرية	مساعدة الآخرين لتجنب المشاعر الشخصية السلبية	رجل لديه صورة سيئة للذات يتبرع بخمس راتبه السنوي للجمعيات الخيرية
الإنكار	عدم قبول أوجه الواقع التي يجدها الشخص غير قابلة للتحمل	امرأة نشيطة بعمر 55 سنة تصر على أن التقرير المخبري الذي يظهر إصابتها باحتشاء قلبي هو خاطئ
التزحزح Displacement	نقل المشاعر من موضع غير مقبول شخصياً إلى آخر يكون قابل للتحمل شخصياً	طبيبة جراحة مقيمة تعاني من حالة غضب غير واع من زوجها تثور على طلاب الطب الذكور أثناء خدمتها
التفارق dissociation	الفصل فكرياً لجزء من شخصية الفرد أو الإبعاد الفكري للذات عن الآخرين	جندي ليس لديه ذاكرة عن المعركة التي قتل فيها أفضل أصدقائه
الفكاهة	التعبير عن المشاعر بدون التسبب بانزعاج	رجل غير مرتاح لحالة الصلع عنده يصنع الدعابات حول تقنيات ترميم الشعر
التماثل (مع المعتدي)	محاكاة تصرف الشخص لتصرف شخص آخر أكثر قوة (سلبياً أو إيجابياً)	رجل تعرض للإساءة الجسمية في مرحلة الطفولة من قبل والده يسيء إلى أطفاله
العقلنة	استعمال الوظائف العليا للعقل لتجنب معاناة الانفعال، يترافق مع اضطراب الشخصية الوسواسية القسرية	في محادثة عادية مع الزملاء يشرح طبيب تفاصيل تقنية لخيارات علاج مرضه الانتهائي
عزل العاطفة	الفشل في اختبار المشاعر المترافقة مع حادثة حياتية مليئة بالشدة بالرغم من أن الشخص يفهم منطقياً أهمية الحادثة	بالرغم من أن رجل كان مقرباً من والدته التي توفيت فإنه يصف ظروف وفاتها بشكل هادئ
الإسقاط	عزو المشاعر الشخصية غير المقبولة إلى الآخرين، يترافق مع الأعراض الزورية والتحامل الاعتيادي	امرأة لديها مشاعر غير معترف بها وغير مقبولة تجاه الرجال تعتقد (بدون دليل) أن زوجها يخدعها

آلية الدفاع	التعريف	لقطة لمريض
التبرير	تحريف إدراك الشخص لحادث ما بحيث تبدو نتيجته السلبية معقولة	مرشح للعمل لم يُقبل يقول " أنا مسرور إنه عمل شاق على أية حال "
تشكيل ارتكاس	تبني مواقف معاكسة لتجنب المشاعر غير المقبولة : نفاق غير واعي	رجل غاضب من طبيبته يطري ويمدح ثيابها
التراجع	الرجوع إلى أنماط سلوك نموذجية لشخص أصغر سناً، يشاهد في المرضى باضطراب الشخصية الاعتمادية	امرأة أدخلت الى المشفى لإجراء جراحة كبرى تصر على زوجها أن لا يغادر الغرفة
الشطر	تصنيف الناس (أو حتى الشخص نفسه في أوقات مختلفة) إما " كامل " أو " شنيع "، عدم تحمل الغموض، يشاهد في المرضى باضطراب الشخصية الحدية .	مريض مدخل إلى المشفى يقول إن كل أطباء أيام الأسبوع العادية هم باردون وغير حساسين أما أطباء العطلة الأسبوعية فهم دافئون و ودودون
التسامي sublimation	التعبير عن دافع غير مقبول بشكل مقبول اجتماعياً (آلية دفاع "ناضجة" نسبياً)	طالب طب ذو دوافع تخريبية قوية يختار فرع الجراحة للاختصاص
الكبت	الدفع المتعمد للمشاعر غير المقبولة إلى خارج الإدراك الواعي	طبيب مقيم في قسم الإسعاف يقرر أن يضع جانباً مشاعر الاشمئزاز والشفقة لديه ليستطيع التعامل مع الحاجات الشخصية لضحايا الحروق
التعطيل	الاعتقاد بأن الشخص يستطيع بشكل سحري أن يعكس الحوادث الناتجة عن سلوك " خاطئ " بتبني سلوك "صحيح"	امرأة شخص لديها سرطان رئوي كنتيجة للتدخين تشتري كتباً عن التغذية وتتوقف عن التدخين وتبدأ بالرياضة

IV. العلاجات المرتبطة

A. العلاج النفسي الموجه بالتحليل النفسي والعلاج النفسي الديناميكي المختصر

1. التشابهات مع التحليل النفسي

a. موجه بالبصيرة insight-oriented (للمساعدة على فهم الأساس اللاواعي للصراعات والسلوك الحالي).

b. يستخدم تفسير الأحلام وتحليل ارتكاسات الإنقال

2. الاختلافات عن التحليل النفسي

a. أكثر اختصاراً وأكثر مباشرة (يحدد العلاج النفسي المختصر بـ 12-40 جلسة أسبوعية).

b. عوضاً عن الاستلقاء على السرير واستعمال الارتباط الحر يجلس المريض على كرسي ويتحدث مباشرة مع المعالج.

3. المرضى الملائمون للعلاجات المرتبطة بالتحليل النفسي

a. المرنون والأذكياء.

b. الذين يستطيعون تحمل المشاعر التي تظهر على السطح (غضب، شعور بالذنب).

c. الذين يستطيعون الحفاظ على علاقة مع المعالج.

d. من لديهم الدافع على اكتساب البصيرة والفهم وليس تخفيف الأعراض فقط..

الجدول 26-3 : الإنقال والإنقال المعاكس

الظاهرة	التعريف	لقطة لمريض
الإنقال (الإسقاط) Transference	إعادة المعاناة اللاواعية للمشاعر تجاه الوالدين أو الصور الهامة في حياة المريض في علاقته الحالية مع المعالج	رجل بعمر 30 سنة لديه أم غالباً ما أحبطته يصبح غاضباً عندما يحاول الطبيب إنهاء استشارته بوجودها
الإنقال المعاكس (الاسقاط المعاكس) Countertransference	إعادة المعاناة اللاواعية للمشاعر تجاه الوالدين أو الصور الهامة في حياة المعالج في علاقته الحالية مع المريض	طبيبة تصبح غاضبة من مريض غير مطاوع يذكرها بابنها العنيد

B. العلاج بين الشخصي والعلاج النفسي الداعم

1. يقوم العلاج بين الشخصي على فكرة أن الأمراض النفسية (القلق مثلاً) تتسبب بصعوبات في المهارات بين الشخصية. يتمركز العلاج على تطوير هذه المهارات في 12-16 جلسة أسبوعية.

2. العلاج النفسي الداعم لا ينشد البصيرة بل هو مصمم لمساعدة الناس للشعور بالحماية خلال أزمة حياتية. يستطيع كل المرضى الاستفادة من الدعم بما فيهم الأشخاص الأسوياء نفسياً والمرضى بالاضطرابات النفسية المعتدلة والمتوسطة والشديدة. يستطيع المرضى العقليون المزمنون تلقي العلاج النفسي الداعم بالمشاركة مع المداواة لسنين كثيرة.



العلاجات السلوكية والإدراكية

Behavioral and Cognitive Therapies

I. مقدمة

A. تقوم العلاجات السلوكية والإدراكية على نظرية التعلم (تهدئة أعراض المريض بتغيير أنماط التفكير والسلوك).

B. على العكس من التحليل النفسي والعلاجات المرتبطة به إنها لا تستكشف قصة المريض والصراعات غير الواعية لأنها تعتبر غير مناسبة.

II. خصائص العلاجات النوعية (الجدول 27-1)

الجدول 27-1 : العلاجات السلوكية والإدراكية : الاستعمالات ، الاستراتيجيات ، لقطات لمرضى

العلاج النوعي	الاستعمال الأكثر شيوعاً	الاستراتيجية	لقطة لمريض
إزالة التحسس الجهازي Systemic desensitization	علاج الرهابات (المخاوف غير المنطقية ، انظر الفصل 14)	خلال عملية التكيف الكلاسيكي يبدأ المريض بالربط ذهنياً بين شيء غير مؤذ وبشيء مثير للخوف حتى يصبح الشيء غير المؤذي مرعباً ، هنا تشارك زيادة جرعة المنبه المرعب مع منبه مرخ لتنبيه	امرأة بعمر 38 سنة خائفة من الطيران تعلم تقنيات استرخاء ومن ثم يعرض لها صورة لطائرة ولاحقاً أثناء العلاج يعرض لها طائرات دمى ومن ثم طائرات حقيقية على

العلاج النوعي	الاستعمال الأكثر شيوعاً	الاستراتيجية	لقطة لمريض
		استجابة استرخائية وبما أن الشخص لا يستطيع في نفس الوقت أن يكون خائفاً ومسترخياً (التثبيط المتبادل) يبدي المريض قلقا أقل عندما يعرض إلى منبه مرعب في المستقبل	الأرض وفي النهاية تشترك في رحلة داخل الطائرة
التكييف الإكراهي	علاج الشذوذات الجنسية أو الإدمان (الكحول، التدخين)	يستعمل التكييف الكلاسيكي بالاقتران بين منبه سيئ التكيف ولكن سار مع منبه بغيض أو مؤلم (صدمة). يتوقف المريض في النهاية عن الانهماك في السلوك سيئ التكيف لأنه يثير تلقائياً استجابة غير سارة	رجل بعمر 35 سنة مصاب بحب الغلمان يعطى صدمة كهربائية كل مرة يعرض له شريط فيديو خاص بالأطفال. يشعر لاحقاً بعدم الارتياح من الأطفال ويتجنبهم
الفيضان والانفجار الداخلي	علاج الرهابات	خلال عملية اعتياد يعرّض المريض إلى جرعة ساحقة من شيء مخيف حقيقي (فيضان) أو تخيلي (انفجار داخلي) حتى يصبح المريض معتاداً عليه وليس خائفاً بعد الآن.	• امرأة تخاف من الطائرات توافق على الذهاب في رحلة من 14 ساعة إلى استراليا (فيضان). • امرأة تخاف من الطائرات توافق على التخيل أنها على متن طائرة في رحلة من 14 ساعة إلى استراليا (انفجار داخلي).

العلاج النوعي	الاستعمال الأكثر شيوعاً	الاستراتيجية	لقطة لمريض
المبادلات النقدية الرمزية	زيادة السلوك الإيجابي في شخص متخلف عقلياً أو مضطرب بشدة	خلال عملية التكييف المؤثر يعزز السلوك المرغوب (حلاقة وتمشيط الشعر) تفاضلياً بمكافأة أو يعزز إيجابياً (عملة)	رجل بعمر 23 سنة متخلف عقلياً يعطى عملة في كل مرة يحلق ذقنه فيها. يستطيع استبدال العملة بالكعك المحلى في بوفيه المشفى
التلقيم الراجع الحيوي	لعلاج فرط الضغط والشقيقة وصداع التوتر والربو وداء رينو والألم المزمن وعدم استمساك البراز وألم المفصل الصدغي الفكي السفلي	خلال عملية التكييف المؤثر يعطى المريض معلومات فيزيولوجية باستمرار (قياس ضغط الدم) ويستعمل المريض هذه المعلومة للسيطرة على التغيرات الحشوية (معدل النبض، ضغط الدم، مقوية العضلات الملساء)	رجل بعمر 50 سنة مصاب بفرط الضغط يقاس ضغط دمه بانتظام وتعرض القراءات له على شاشة حاسوب ومن ثم يُعلّم استعمال تقنيات عقلية لتخفيض ضغطه الدموي
العلاج الإدراكي	لعلاج الاكتئاب المعتدل إلى المتوسط والاضطرابات جسمية الشكل واضطرابات الأكل	أسبوعياً ولمدة 25 أسبوع تُساعد المريضة في تحديد الأفكار المشوهة والسلبية حول نفسها واستبدالها بأفكار مؤكدة للذات وإيجابية	امرأة بعمر 38 سنة مصابة باكتئاب يُقال لها بأن تستبدل كل فكرة منتقصة من قدر المرء بصورة عقلية للنجاح والإطراء



العلاج الجماعي والعائلي والزوجي

Group, Family, and Marital Therapy

I. العلاج الجماعي

A. امرأة بعمر 35 سنة تنضم إلى علاج جماعي يتألف من نساء تعرضن للإساءة من قبل شركائهم. تقاد المجموعة من قبل معالج نفسي متخصص في مسائل العنف المنزلي.

B. **استعمالات أولية**

1. الأشخاص المصابون بمشكلات شائعة (المدمنون، ضحايا الاغتصاب).
2. الأشخاص المصابون باضطرابات الشخصية أو المشكلات بين الشخصية الأخرى.
3. الأشخاص الذين لديهم مشكلة في التعامل مع صور السلطة (الذين لايستطيعون التعامل مع المعالجين في العلاجات الفردية).

C. **الخصائص**

1. تلتقي المجموعات عادةً 1-2 ساعة أسبوعياً.
2. العدد المثالي للأشخاص في المجموعة هو 6-10.

3. يؤمن أعضاء المجموعة التلقيم الراجع والدعم والصداقة وفرصة التعبير عن المشاعر.

4. يسهل المعالج ويراقب التداخلات الشخصية للمرضى ولكن يكون له أثرجهد بسيط.

D. المجموعات بدون قائد Leaderless groups

1. المجموعة بدون قائد ليس فيها شخص (معالج) تكون له السلطة.

2. أعضاء المجموعة يتقاسمون المشكلة (الكحولية، فقدان شخص محبب، مرض نوعي) ويوفر بعضهم لبعض الدعم والصداقة والقبول وفرصة التعبير عن المشاعر.

3. مجموعات ذات اثنتي عشرة خطوة مثل Narcotics Anonymous، Overeaters Anonymous وهي تقوم على نمط الكحولين المجهولين Alcoholics Anonymous. (انظر الفصل 10)

II. العلاج العائلي

A. صبي بعمر 12 سنة محب للخصام وغاضب ومستاء من البالغين (اضطراب المتحدي المعارض، انظر الفصل 4). يلتقي المعالج مع والديه وأخته لساعتين أسبوعياً.

B. استعمالات أولية

1. المشكلات السلوكية في الأطفال.

2. الصراع العائلي.

3. اضطرابات الأكل.

4. سوء استعمال المادة.

C. نظرية الأنظمة العائلية

1. يقوم العلاج العائلي على فكرة تقول بأن وجود الإمراضية النفسية في فرد واحد من العائلة (مريض محدد) يعكس سوء وظيفة في نظام العائلة كله.

2. بما أن كل أفراد العائلة يتسببون بارتكاسات في الأفراد الآخرين فإن العائلة أكثر من المريض المحدد هي المريض الحقيقي (سببية دائرية أكثر منها سببية خطية).

D. استراتيجية العلاج العائلي

1. تحديد الثنائيات Dyads والثلاثيات Triangles والحدود boundaries:

a. الثنائيات Dyads هي أنظمة فرعية بين فردين في العائلة (نظام فرعي منفذ) تحتوي على الوالدين بشكل طبيعي.

b. الحدود boundaries هي حواجز بين الأنظمة الفرعية (بين النظام الفرعي المنفذ والأطفال) ويمكن أن تكون صارمة أو مخترَقة بسهولة.

c. الثلاثيات Triangles هي اتحادات سيئة الوظيفة بين فردين في العائلة ضد فرد ثالث (الوالد مع الابنة ضد الأم).

2. التقنيات المستعملة في العلاج العائلي

a. تشجيع "إشباع الحاجات المتبادل" وهي عملية يحدد أفراد العائلة فيها حاجات بعضهم البعض والعمل على إشباعها.

b. تسوية الحدود Normalizing boundaries بين الأنظمة الفرعية والتقليل من احتمال حدوث الثلاثيات.

c. إعادة تحديد المسؤولية عن الخطأ وتشجيع أفراد العائلة على إعادة النظر في مسؤولياتهم تجاه المشكلات.

III. العـلاج الـزوجـي Marital Therapy

A. زوجان متزوجان منذ 8 سنوات ولديهم طفلان يتنازعان باستمرار ويدرسان موضوع الطلاق بعد اعتراف الزوج بإقامة علاقة غرامية قصيرة.

B. **الاستعمالات الأولية:** لاستكشاف و حل :

1. مشكلات التواصل .
2. المشكلات النفسية الجنسية.
3. الاختلافات في القيم.

C. **الأنماط**

1. العلاج المشترك : يرى المعالج الزوجين معاً (أكثر الأنماط شيوعاً).
2. العلاج المتزامن : يرى المعالج كلاً من الزوجين بشكل انفرادي.
3. العـلاج التعاونـي : معالجان اثنان (واحد لكل فرد) يقابلان الزوجين بشكل انفرادي.
4. عـلاج بطـريق رباعـي : معالجـان اثـنان (واحـد لكـل فـرد) يقـابلان الزوجين معاً وأكثر ما تستعمل هذه الطريقة في المشكلات الجنسية.



الأمور القانونية في الطب النفسي والطب

Legal Issues in Psychiatry and Medicine

I. التوجيهات المسبقة

A. مقدمة

1. التوجيهات المسبقة هي تعليمات تعطى عند توقع الحاجة إلى قرار طبي. الوصية والوكالة العامة هي أمثلة على التوجيهات المسبقة (الجدول 29-1).

2. يطلب من المشافي ودور الرعاية التي تتلقى الدفعات النقدية من مؤسسات الرعاية الطبية أن تسأل المرضى فيما إذا كان لديهم توجيهات مسبقة وتساعدهم عند الضرورة في كتابتها (أغلب المدارس تفعل ذلك) ويتوجب عليها أيضاً أن تعلم المرضى بحقهم في رفض العلاج أو الإنعاش.

B. حالات خاصة

1. إذا لم يكن لدى المريض العاجز توجيهات مسبقة يجب على موظفي الرعاية الصحية أو أفراد العائلة (الوكلاء) أن يحددوا ماذا كان المريض سيفعل فيما لو كان كفؤاً (استبدال معيار المحاكمة، انظر الجدول 29-1 تكون الرغبات الشخصية للوكلاء غير متناسبة مع القرار الطبي.

الجدول 29-1: التوجيهات المسبقة: الوصية والوكالة العامة

التوجيه المسبق	التعريف	لقطة لمريض	الفعل المناسب
الوصية	وثيقة يعطي فيها المريض توجيهات تتعلق برعايته الطبية مستقبلاً في حال أصبح عاجزاً عن صنع القرارات واحتاج للرعاية	رجل بعمر 65 سنة يوقع على وثيقة يصرح فيها بأنه لا يريد اتخاذ إجراءات نبيلة لإنقاذ حياته إذا دخل في حالة إنباتية مستمرة، وبعد خمسة أيام تحدث لديه سكتة دماغية ويدخل في سبات وحالة إنباتية مستمرة، تجادل زوجته الطبيب لإنقاذ حياة زوجها.	يجب على الطبيب أن يتخذ الإجراءات النبيلة فقط إذا توقع شفاء المريض وهذا القرار طبي يعتمد على تعليمات المريض. رغبات الزوجة غير متناسبة.
الوكالة العامة	وثيقة تسمي المريضة فيها شخصاً آخر (زوجها) كوكيل قانوني لها لاتخاذ قرارات تتعلق برعايتها الطبية عندما لا تستطيع ذلك بعد الآن	امرأة بعمر 65 سنة توقع على وثيقة تعطي فيها لزوجها الوكالة العامة. تدخل بعد خمسة أيام في سبات وحالة إنباتية دائمة.	يستطيع زوجها أن يقرر الاستمرار في دعم الحياة. يتولى الزوج بشكل أساسي الصلاحية بالتحدث عوضاً عن المريض بفضل الوثيقة.

2. إذا استعاد المريض قدراته الوظيفية (الكفاءة) ولو لفترة مؤقتة أو بشكل متقطع يستعيد الحق خلال تلك الفترة في وضع القرارات المتعلقة برعايته الطبية.

II. تعريف الموت

A. المعيار القانوني للموت

1. في الولايات المتحدة يكون المعيار القانوني للموت في حال لم تتحقق المعايير القلبية والتنفسية هو التوقف غير العكوس لكل وظائف الدماغ بما فيها جذع الدماغ.

2. امرأة بعمر 20 سنة تصاب بأذية دماغية بعد محاولة انتحار غير ناجحة وهي الآن في حالة سبات وتحتاج الى دعم حياتي و يبدي الفحص السريري و EEG توقفاً غير عكوس لوظيفة الدماغ. يطلب والدها من الطبيب عدم التوقف عن الدعم الحياتي.
3. إذا كان المريض ميتاً قانونياً (ميتاً دماغياً) يخوّل الطبيب بنزع الدعم الحياتي بدون أمر من المحكمة. طلب الوالد غير متناسب مع هذا القرار.

B. دور الطبيب

1. يحدد سبب الوفاة (طبيعي ، انتحار ، حادث).
2. يوقع شهادة الوفاة.
3. يؤمن الدعم والاستشارة لأفراد العائلة.
4. يطلب الأذن بإجراء تشريح الجثة عند الضرورة.

C. القتل الرحيم Euthanasia

1. تبعاً لدساتير الأخلاق الطبية (الجمعية الطبية الأمريكية ، منظمات الاختصاص الطبية) فإن القتل الرحيم الفعال هو فعل جرمي وغير مناسب أبداً.
2. الانتحار بمساعدة الطبيب (حالات Dr. Kevorkian) ليس قانونياً على نحو كامل في أي ولاية ولكنه عموماً ليس جريمة معرضة للاتهام والمقاضاة طالما أن الطبيب لا يقوم واقعياً بالقتل (أي القتل الرحيم الفعال).

III. الحق في الموت والأمور المتعلقة به

A. رفض العلاج

1. رجل بعمر 30 سنة وابنه البالغ من العمر 10 سنوات تأذيا في تحطم قطار وكلاهما يحتاج إلى الجراحة والوالد صاحٍ ويرفض إجراء الجراحة له ولابنه لأسباب دينية.
2. المريض الكفؤ (انظر B III) يستطيع رفض العلاج المنقذ لحياته لأسباب دينية أوغيرها حتى لو كان الموت هو النتيجة الحتمية.
3. الوالد لا يستطيع رفض العلاج المنقذ لحياة ابنه لأي سبب، وفي الحالات غير الإسعافية يجب أن يحصل على قرار من المحكمة قبل إيقاف العلاج. وفي الحالات الإسعافية يستطيع الطبيب أن يتابع بدون قرار من المحكمة.
4. المرأة الحامل الكفؤة تستطيع رفض العلاج (عملية قيصرية) المقصود منه إنقاذ حياة جنينها حتى لو كان الجنين سيموت أو يتأذى إذا بقي بدون علاج.
5. يكون الأمر قانونياً وأخلاقياً بالنسبة للطبيب في حال طلب مريض كفؤ إيقاف أنظمة دعم الحياة.

B. أمور قانونية

1. لكي يكون المريض كفؤاً قانونياً عند قبول أو رفض العلاج الطبي يجب عليه أن يفهم:
   a. مخاطر وفوائد العلاج.
   b. النتيجة المحتملة إذا رفض العلاج.
2. عندما تكون كفاءة الشخص محل سؤال فإن القاضي (وليس عائلة المريض أو الطبيب) هو الذي يحكم على الكفاءة.

3. القاصرون (الأشخاص الأصغر من 18 سنة) لا يعتبرون أكفاء عادة إلا إذا حققوا معايير معينة لقبول أو رفض العلاج الطبي (القاصرون المعتقون، انظر الفصل 30).

4. يمكن للشخص أن يحقق المعيار القانوني للكفاءة لقبول أو رفض العلاج الطبي حتى لو كان مريضاً أو متخلفاً عقلياً أو غير كفؤ في مجالات أخرى من حياته (الموارد المالية).

IV. الإدخال غير الإرادي للمشفى للمرضى بالاضطرابات النفسية

A. يمكن أن يدخل المرضى بالاضطرابات النفسية الى المشفى ضد إرادتهم تحت ظروف معينة تتغير تبعاً لقانون الولاية (الجدول 29-2).

B. تختلف مذكرة حقوق الصحة العقلية في التفاصيل من ولاية إلى أخرى وعموماً المريض المحتجز في مصح عقلي بشكل إرادي أو غير إرادي لديه الحقوق التالية:

1. الحق في تلقي العلاج المناسب.
2. الحق في رفض العلاج (مداواة، علاج بالصدمة الكهربائية، إجراءات جراحية)، على أية حال يمكن في بعض الحالات وصف دواء أو علاج بالصدمة الكهربائية ضد رغبات المريض للوقاية من الخطر على المريض أو الآخرين.
3. الحق في الخصوصية.
4. الحق في إدارة الموارد المالية إلا إذا صُرح أنه غير كفؤ قانونياً.
5. الحق في استقبال الزوار.
6. الحق في التواصل مع العالم الخارجي.
7. الحق في تلقي أجور مالية لقاء عمل ينجزه داخل المصح.

الجدول 29-2: الإدخال الإرادي والإسعافي وغير الإرادي إلى المشفى للمرضى بالاضطرابات النفسية

لقطة المريض	التداخل	تعليق
رجل بعمر 45 سنة مصاب بفصام من النمط الزوري ويعيش في محطة للقطار النفقي يحضر إلى قسم الإسعاف وهو وسخ وسيئ التغذية ويرفض الدخول الى المشفى	لا تداخل	لا يمكن إدخال المريض بشكل غير إرادي لأنه لا يشكل خطراً على نفسه أو على الآخرين، إن الإهمال الشخصي ليس سبباً للإدخال إلى المشفى إلا إذا شكل خطراً شديداً وهاماً على حياته
رجل بعمر 45 سنة مصاب بفصام من النمط الزوري يعيش في محطة للقطار النفقي يأتي إلى قسم الإسعاف ويطلب الدخول إلى المشفى وبعد 4 ساعات يطلب أن يخرج من المشفى	إدخال إرادي	يستخدم الإدخال الإرادي إلى المشفى للمرضى الذين يختارون الدخول و بعكس معظم حالات دخول الأمراض الطبية فإن المرضى بالاضطرابات النفسية يطلب منهم الانتظار 24-48 ساعة قبل السماح لهم بالتوقيع على الخروج ضد النصيحة الطبية
رجل بعمر 45 سنة مصاب بفصام من النمط الزوري يعيش في محطة للقطار النفقي يُحضر إلى قسم الإسعاف لأنه حاول القفز إلى السكك عند مجيء القطار لكنه رفض الدخول للمشفى	إدخال إسعافي أو غير إرادي إلى المشفى	يستخدم الإدخال الإسعافي أو غير الإرادي للمرضى الذين لا يريدون أو لا يوافقون على الدخول إلى المشفى، يتطلب الدخول إلى المشفى شهادة طبيب واحد (الإدخال الإسعافي إلى المشفى "شهادة لطبيب واحد") أو طبيبين (الإدخال غير الإرادي إلى المشفى: "شهادة لطبيبين اثنين")، يمكن أن يحتجز المريض لمدة تبلغ 15 يوماً (الإدخال الإسعافي إلى المشفى) أو 60 يوماً (الإدخال الإرادي إلى المشفى) وذلك قبل أخذ رأي المحكمة، اعتماداً على قوانين الولاية يمكن أن تمدد المحكمة الحجز بشكل متكرر لمدة 3 أشهر أو أكثر في كل مرة

V. القانون الجرمي

A. النيّة Intent

1. امرأة بعمر 22 سنة لا تبدي قصة لمرض نفسي سابق تعتقل بسبب جريمة قتل ابنها البالغ 3 أسابيع. ادعت أن الله قال لها أن تقتل الطفل (هلوسة "الأمر").

2. بالرغم من أنها ارتكبت فعل غير قانوني (القتل) فإن الفعل وحده ليس جريمة بالضرورة.

الجدول 29-3: المعايير القانونية لحالات المرض العقلي

الاختبار	التعريف	تعليقات
M'Naghten	يحدد فيما إذا كان الشخص يفهم طبيعة ونوعية أفعاله وفي حال ذلك هل يعرف أن أفعاله خاطئة	الاختبار الأكثر صرامة وهو المعيار القياسي في أغلب السلطات القضائية
القانون الجزائي الخاص بمعهد القانون الأمريكي	• prong إدراكي يحدد فيما إذا كان الشخص يقدّر عدم شرعية سلوكه. • prong اختياري - يحدّد فيما إذا كان الشخص قادر ليطيّع سلوكه وفق متطلبات القانون	بعد حالة جون هينكلي فإن معظم السلطات القضائية التي استخدمت هذا الاختبار تخلت عن prong الاختياري
Durham	يقيم فيما إذا كان السلوك الإجرامي للشخص هو "نتاج" مرض عقلي	الاختبار الأكثر تساهلاً، تخلت عنه كل السلطات القضائية تقريباً

3. تتطلب الجريمة وجود كل من النية الشريرة والفعل الشرير. على سبيل المثال يمكن أن يحدد قاضي أوهيئة محلفين أنه بسبب الحالة العقلية للمريضة (اضطراب ذهاني مختصر ذو بدء بعد الولادة، انظر الفصل 14) فإنه تفتقد المرأة الحالة الضرورية للعقل لارتكاب الجريمة.

B. الكفاءة للخضوع لمحاكمة

1. كل البالغين (الأشخاص بعمر 18 سنة أو أكبر) حتى الأشخاص المرضى أو المتخلفين عقلياً يُفترض أن يكونوا أكفاء للخضوع لمحاكمة.
2. يعتبر البالغ غير ملائم للخضوع لمحاكمة (غير كفؤ قانونياً) إذا لم يفهم التهم الموجهة ضده أو لا يستطيع التعاون مع المحامي من أجل التحضير لدفاعه.

C. الجنون القانوني Legal Insanity

1. الشخص الذي يعتبر مجنوناً قانونياً يجب أن يكون لديه مرض عقلي ونتيجة لذلك عليه أن يحقق واحداً من المعايير القانونية (الجدول 29-3) حسب القانون الخاص بالولاية أو القانون الاتحادي.
2. معظم السلطات القضائية الاتحادية و الخاصة بالولايات لديها مجموعة من المعايير (أكثر تحررية غالباً) يستطيع بواسطتها المصاب بالمرض العقلي أن يصبح مؤهلاً لاكتساب صفة نقص القدرة العقلية التي تنقص من مستوى الجريمة أو تعدّل من العقوبة.

VI. سوء الممارسة الطبية Medical Malpractice

A. مقدمة

1. يحدث سوء الممارسة الطبية عندما يتسبب الطبيب بالأذية لمريض بعد الانحراف عن المعيار المقبول للممارسة.
2. الجراحون (بما فيهم أطباء التوليد) والمخدرون هم الاختصاصيون الأكثر عرضة للمقاضاة بسبب سوء الممارسة. الأطباء النفسيون وأطباء العائلة هم الأقل عرضة للمقاضاة.

B. تشمل الأشياء الأربع الخاصة بسوء الممارسة على التقصير dereliction أو الإهمال (الانحراف عن المعايير الطبيعية للرعاية) في أداء الواجب duty (أي توجد علاقة راسخة بين الطبيب و المريض) مما يتسبب في أضرار (أذيات) damages مباشرة directly للمريض (وهو معروف أيضاً "بالسبب القريب " ويعني ذلك أن الضرر هو بسبب الإهمال وليس بأي سبب آخر).

1. رجل بعمر 45 سنة يجري عملاً جراحياً لترميم العضلة الكابة. بعد الجراحة يحدث لدى المريض شلل جزئي للساعد المصاب ويلاحق الجراح قانونياً لسوء الممارسة.

2. ستكون الدعوى القضائية ناجحة إذا أثبت أن الطبيب اقترف الأشياء الأربعة الخاصة بسوء الممارسة: إن النتيجة غير المفضلة لوحدها (الشلل الجزئي للساعد كاختلاط غير مفضل للإجراء الجراحي) لا تشكل سوء ممارسة.

C. **عقابيل الدعاوي القضائية بسوء الممارسة**

1. سوء الممارسة هو ضرر مقصود لشخص أو خطأ مدني وليس جريمة. يتسبب الحكم القضائي لمصلحة المدعي (المريض) في مكافأة مالية (تعويض) للمريض من قبل الطبيب المدافع أو شركة الضمان الخاصة به، ولا تتسبب بقضاء فترة محددة في السجن أو فقدان الترخيص.

2. يمكن أن يمنح المريض تعويضاً مكافئاً فقط أو تعويض مكافئاً وعقابياً:

a. التعويض المكافئ يعطى للمريض ليستعيد ما دفعه من فواتير طبية أو راتباً مفقوداً (تعويض اقتصادي) وكتعويض عن الألم والمعاناة (تعويض غير اقتصادي).

b. التعويض العقابي (الأسوة) يمنح للمريض لمعاقبة الطبيب وضرب مثال للمجتمع الطبي. التعويض العقابي نادر ويمنح فقط في حالات عدم المبالاة المفرطة أو الإهمال الكبير (طبيب تمل يقطع شرياناً حيوياً).

D. العلاقات الجنسية مع المرضى

1. العلاقات الجنسية مع مريض حالي أو سابق هي غير مناسبة وتحرم في كل القواعد الأخلاقية لمعظم المجالس الاختصاصية.
2. المدى الزمني time limit يمكن أن يصح في تعريف المريض السابق (ويكون عادة طويلاً في مرضى الأطباء النفسيين).
3. المرضى الذين يدّعون بأن لديهم علاقات جنسية مع طبيب يمكن أن يقيموا عليه دعوى قضائية بشكاية أخلاقية أو شكاية سوء ممارسة طبية أو كلتيهما.
4. معظم شركات ضمان سوء الممارسة لا تدفع مقابل الأحكام القانونية على سلوك جنسي غير مناسب حتى ولو وافقوا على الدفع من أجل الدفاع القانوني عن الطبيب.

E. أسباب الزيادة الحديثة في عدد ادعاءات سوء الممارسة

1. زيادة الدعاوي القانونية بشكل عام.
2. التوقعات الزائدة للمرضى من الأطباء.
3. تحطم العلاقة التقليدية بين الطبيب والمريض بسبب:

a. التقدمات التقنية في الطب التي تقلل من التماس الشخصي مع الطبيب.

b. القيود على استقلالية الطبيب وزمن التداخل الشخصي كنتيجة للزيادة في العناية المقتصدة في النفقات.



الأمور الأخلاقية
في الطب النفسي والطب

Ethical Issues in Psychiatry and Medicine

I. السرية

A. مريض يقول إنه يخطط لقتل زوجته حالما يغادر المشفى. هل مطلوب منك أن تحتفظ بهذه المعلومة سريةً ؟ إذا كان الجواب لا من ستعلم ؟

B. بالرغم من توقع المحافظة على سرية المريض من قبل الأطباء فإنه ليس مطلوباً منهم أن يفعلوا ذلك إذا كان المريض يضع نفسه أو الآخرين في خطورة جدية. تتضمن الأمثلة على ذلك :

1. محاولة انتحار محتملة.
2. إساءة لطفل أو كهل مشتبه بها.
3. تهديد خطير لشخص آخر.

C. **التداخل**

1. حدّد مصداقية الخطر أو التهديد.
2. إذا كان التهديد معقولاً اتخذ واحداً من الأفعال المناسبة التالية (قرار تاراسوف Tarasoff).

a. أعلم المسؤولين عن تنفيذ القانون أو أي وكالة خدمية اجتماعية.

b. رتّب لإحالة المريض (انظر الفصل 29)

c. حذّر الضحية المقصودة.

II. الأمراض التي يُبلغ عنها

A. امرأة بعمر 34 سنة لديها كلاميديا، هل يجب أن تبلغ عن الحالة وفي هذه الحالة إلى من ؟

B. الأمراض المنتقلة بالجنس

1. يوفر الأطباء الوثائق الخاصة بالأمراض "التي يُبلّغ عنها" إلى دوائر صحة الولاية، تختلف الولايات في أي من الأمراض التي يبلغ عنها.

2. تبلغ دوائر صحة الولاية عن هذه الأمراض (دون ذكر أسماء المرضى) إلى المراكز الاتحادية المهتمة بالسيطرة والوقاية من المرض.

3. يبلغ عن متلازمة عوز المناعة المكتسبة (AIDS) [لكن ليس عن الحالة الإيجابية لفيروس عوز المناعة الإنسانية (HIV) في بعض الولايات] وبعض الأمراض المنتقلة بالجنس بما فيها الزهري والسيلان.

4. لا يُلزم عادة بالتبليغ عن الكلاميديا والعقبول البسيط.

C. الأمراض الأخرى التي يبلغ عنها: بالإضافة إلى الأمراض المنتقلة بالجنس تطلب معظم الولايات من الأطباء التبليغ عن جدري الماء والتهاب الكبد والحصبة والنكاف والحصبة الألمانية وداء السلمونيلات وداء الشيغلات والسل.

III. الأطباء الفاسدون Impaired Physicians

A. أسباب الفساد في الأطباء

1. سوء استعمال دوائي أو كحولي.
2. مرضى جسمي أو عقلي.
3. فساد في الأداء مرتبط بالتقدم في السن.

B. في خلال دورتك المتعلقة بطب الأطفال تشم بشكل متكرر الكحول في نفس طالب طب آخر. تحدثت معه لكنه أنكر حدوث مشكلة كحولية لديه. ماذا عليك أن تفعل ؟

C. التداخل

1. التبليغ عن الزميل الفاسد مطلوب أخلاقياً لأنه يجب حماية المرضى ومساعدة الزملاء الفاسدين.
2. يجب أن يُبلغ عن طلاب الطب الفاسدين إلى عميد كلية الطب أو عميد الطلاب.
3. يجب أن يبلغ عن الطبيب المقيم أو طبيب الخدمة الفاسد إلى مدير التدريب أثناء فترة التخصص أو رئيس الطاقم الطبي على التتالي.
4. يجب أن يبلغ الأطباء المرخص لهم عن الزميل الفاسد إلى مجلس ترخيص الولاية أو برنامج الأطباء الفاسدين وهو عادة قسم من جمعية أطباء الولاية.

•

IV. الموافقة المعلمة Informaed Consent

A. علاج البالغين

1. امرأة بعمر 60 سنة مكتئبة بسبب وفاة زوجها عليها أن تجري خزعة ثدي من كتلة مشتبه بها. يطلب ابنها منك أن لا تخبرها بالتشخيص

إذا أظهرت النتائج وجود خباثة لأنه يخاف من أنها ستقتل نفسها. إذا أثبتت الخزعة ذلك هل عليك أن تخبرها ؟

a. بشكل اعتيادي يجب عليك أن تؤمن للمريضة المعلومات الكاملة عن تشخيصها قبل الحصول على الموافقة المعلمة للعلاج.

b. في حال اعتقادك بأن حياة أو صحة المريضة سوف تتأثر بشكل غير ملائم تستطيع أن تؤخر إخبارها إلى أن يُقلل من احتمال حدوث التأثيرات غير الملائمة. لا تعتبر آراء أفراد العائلة مناسبة قانونياً في أي حال من الأحوال.

c. تبعاً لرغبة المريض يمكن أن يتواجد أفراد العائلة عند إعطاء التشخيص للمريضة.

2. يجب على الطبيب أن يحصل على الموافقة قبل أي إجراء أو علاج طبي أو جراحي ما عدا الحالة الإسعافية المهددة للحياة.

3. قبل إعطاء المريضة للموافقة المعلمة يجب على المريضة أن تفهم :

a. التشخيص أو الموجود المرضي.

b. العلاج وبدائل العلاج ومخاطر وفوائد العلاج.

c. النتيجة المحتملة إذا لم توافق على الإجراء.

d. أنها تستطيع أن تسحب الموافقة في أي وقت قبل الإجراء (حتى ولو كانت في الطريق إلى غرفة العمليات بعد إعطاء التحضير الدوائي قبل التخدير).

4. بالرغم من أن التوقيع غير ضروري بالنسبة للإجراءات الطبية الصغيرة فإنه يجب على المريض أن يوقع على وثيقة تتضمن الموافقة على الإجراءات الطبية الكبيرة أو الجراحية.

5. إذا اكتشف موجود سريري غير متوقع خلال العملية الجراحية يستلزم إجراء غير إسعافي لم يعط المريض الموافقة عليه (خزعة لخباثة مبيضية غير مشتبه بها خلال عملية الربط البوقي) يجب أن يُصحى المريض ويعطي الموافقة المعلمة قبل القيام بالإجراء الجراحي.

B. علاج القاصرين [الأشخاص بأعمار أقل من 18 سنة، ما عدا الأولاد المعتقين (انظر 7 B III)].

1. فتاة بعمر 9 سنوات تتأذى خلال درس الجمباز ويحدث عندها تمزق يتطلب عدة قطب.

2. فقط أحد الوالدين أو الوصي القانوني يستطيع إعطاء موافقة على علاج جراحي أو طبي لقاصر.

3. أثناء إجراء إسعاف ما. ولم يعثر على أحد الوالدين أو الوصي يستمر العلاج الجراحي أو الطبي بدون موافقة، تطلب بعض المدارس من الوالدين التوقيع على استمارة موافقة شاملة عند بدء العام الدراسي لكن لهذه الاستمارات شرعية قانونية مشكوك فيها.

4. يمكن الحصول على أمر من المحكمة في حال كان لدى الطفل مرض مهدد للحياة أو تعرض لحادث وكان الوالد أو الوصي يرفض الموافقة على علاج طبي معترف به لأسباب دينية أوغيرها (انظر الفصل 29).

a. يمكن الحصول عادة على أمر من المحكمة خلال ساعات عند الضرورة.

b. لا تأمر المحاكم عادة بإجراءات تجريبية أوغير معترف بها عند الأطفال.

5. لا تطلب الموافقة الوالدية

a. في الحالات الإسعافية

b. لعلاج الأمراض المنتقلة بالجنس

c. لوصف مانعات الحمل

d. للرعاية الطبية خلال الحمل

e. لعلاج الاعتماد الدوائي أو الكحولي

6. تطلب ثلاث وعشرون ولاية الموافقة الوالدية عندما تطلب القاصر إجراء الإجهاض.

7. يعتبر القاصرون معتقين ويمكن إعطاؤهم الموافقة على الرعاية الطبية الخاصة بهم إذا ما حققوا أياً من المعايير التالية :

a. عندما يكونون معيلين لأنفسهم أو في الخدمة العسكرية.

b. عندما يكونون متزوجين.

c. لديهم أطفال يرعونهم.

V. الأمور الأخلاقية في علاج مرضى AIDS

يصف الجدول 30-1 المشكلات الأخلاقية التي تواجه الأطباء الذين يعالجون مرضى AIDS

الجدول 30-1 : الأمور الأخلاقية فيما يتعلق بمرض متلازمة عوز المناعة المكتسبة (AIDS)

الصنف	لقطة المريض	الموضوع الأخلاقي	الفعل المناسب
المرضى الإيجابيون لفيروس HIV	رجل بعمر 25 سنة إيجابي لفيروس HIV يأتي إلى عيادة طبية للعلاج	هل تستطيع الطبيبة رفض علاجه لأنه سيكون خطراً عليها ؟	لا. لا يمكن للطبيبة رفض علاجه لهذا السبب.
الأطباء المعرضون لفيروس HIV	طبيبة بعمر 40 سنة وخزت بإبرة استعملت للتو لسحب دم من مريض مصاب بالـ AIDS	هل يجب أن تخضع الطبيبة لاختبار فيروس HIV ؟	لأسباب طبية أو أخلاقية يجب أن يخضع الطبيب للاختبار ولكنه ليس مطلوباً قانونياً.
الزملاء الإيجابيون لفيروس HIV	زميل تحيل إليه المرضى بشكل منتظم يخبرك بانه إيجابي لفيروس HIV.	هل يجب أن تستمر في إحالة المرضى إليه وهل يجب أن تخبر مرضاك بحالة فيروس HIV لديه؟	نعم يجب عليك الاستمرار في إحالة المرضى إليه شريطة : (1) أن يكون كفوءاً جسمياً وعقلياً لعلاجهم. (2) أن يستجيب للتحذيرات المتعلقة بالسيطرة على الإنتان. ليس مطلوباً منك أن تعلم المرضى أو المؤسسة الطبية بحالة فيروس HIV لديه.
المرضى الإيجابيون لفيروس HIV ويشكلون خطراً على الآخرين	رجل بعمر 30 سنة إيجابي لفيروس HIV يخبرك بأنه مارس الجنس بدون وقاية مع زوجته (التي لا تعرف بحالة فيروس HIV لديه)	هل يجب عليك أن تخبر زوجته بأن زوجها إيجابي لفيروس HIV ؟	نعم في حال كان لا يستعمل الواقيات الذكرية لأنه بسلوكه هذا يضع حياتها في خطر جدي. إذا كان يستعمل الواقيات الذكرية لا يجب عليك أن تخبرها بحالة فيروس HIV لديه. في كل الأحوال يجب أن تشجع المريض على كشف حالته الطبية لزوجته.

HIV = human immunodeficiency virus; AIDS : acquired immune deficiency syndrome

جدول المحتويات

المُغني
في الطب النفسي

يوضح هذا الكتاب.. كيف لنا أن نفهم ولو على عجالة كل ما يتعلق بأحدث المعارف والمعايير العملية الحديثة في الطب النفسي.. وفيه عرض سريع وهام للاختصاصي والطبيب والطالب وعلماء النفس والتربية والاجتماع وغيرهم..





